



HAL
open science

L'accompagnement médico-social des malades alcooliques : le cas de malades alcooliques abstinentes de la Lorraine et en Auvergne-Rhône-Alpes

Ahounvouê Brigitte Modeste Kouamé

► **To cite this version:**

Ahounvouê Brigitte Modeste Kouamé. L'accompagnement médico-social des malades alcooliques : le cas de malades alcooliques abstinentes de la Lorraine et en Auvergne-Rhône-Alpes. Sociologie. HESAM Université, 2022. Français. NNT : 2022HESAC029 . tel-04057454

HAL Id: tel-04057454

<https://theses.hal.science/tel-04057454>

Submitted on 4 Apr 2023

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.

ÉCOLE DOCTORALE ABBÉ GRÉGOIRE
UR Laboratoire Formation et apprentissages professionnels (FoAP)

THÈSE

présentée par : **Ahounvouê Brigitte Modeste Kouamé**

soutenue le : **13 décembre 2022**

Pour obtenir le grade de : **Docteur d'HESAM Université**

préparée au : **Conservatoire national des arts et métiers**

Discipline : **Sociologie, démographie**

Spécialité : **Sociologie**

L'accompagnement médico-social des malades alcooliques

Le cas de malades alcooliques abstinents de la Lorraine et en Auvergne-
Rhône- Alpes

THÈSE dirigée par :
M. le Professeur Emmanuel JOVELIN

Jury

M. Pascal ROQUET

M. Emmanuel JOVELIN

Mme Hélène HOUDAYER BODREN

M. Jean Marie SECA

Mme Kheira BELHADJ ZIANE

Mme Anne Françoise DEQUIRE

Professeur FOAP CNAM,

Professeur FOAP CNAM

MCF HDR, LEIRIS, Université Paul-Valéry
Montpellier 3

Professeur 2L2S Université de Lorraine

Professeure 2L2S Université de Lorraine

MCF HDR, Unité de recherche, Université
Catholique de Lille

Président

Directeur

Rapportrice

Examineur

Rapportrice

Examinatrice

**T
H
È
S
E**

Remerciements

« Parfois, notre lumière s'éteint, puis elle est rallumée par un autre être humain. Chacun de nous doit de sincères remerciements à ceux qui ont ravivé leur flamme ».

Albert Schweitzer, médecin, pasteur, théologien protestant, philosophe et musicien alsacien
« ...il est possible à tous d'apprendre à bien écrire à condition de se donner le mal de retravailler ses textes avec persévérance.¹»

Nous exprimerons notre profonde gratitude à tous ceux qui ont d'une manière ou d'une autre contribué à la réalisation de cette thèse en sociologie.

Nous tenons à remercier le professeur Emmanuel Jovelin d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Tout au long de la rédaction de notre thèse, il nous a fait bénéficier de son appui considérable, à la fois pédagogique, rigoureux, scientifique et de qualité. Ses encouragements nous ont portés jusqu'à l'aboutissement de notre travail. Nous remercions les doctorants de la salle de travail Pollak, à Metz, en particulier : Stéphanie Madjilemtoloum, Aurélien, Doudou Ben Béchir Niang, et Anavilde Satonole qui nous ont permis, de confronter nos travaux et de progresser dans la bonne direction malgré nos difficultés respectives. Nous remercions aussi David Mouwemba, Laude Ngadi, Serges, et Florent Oum Baketeg, qui ont eu la gentillesse de relire notre travail.

Nous tenons à remercier très chaleureusement tous les responsables et membres des associations, sans qui nous n'aurions pas pu mener notre étude scientifique. Nous ne citerons que les associations qui nous ont donné leur accord, notamment la Croix bleue de Lyon, de Metz, de Yutz, de Verdun, de Saint-Étienne, mais aussi Vie libre de Thionville. Aux autres associations qui ont choisi l'anonymat conformément à la demande de consentement éclairé, nous exprimons à ces associations notre profonde gratitude. Nous tenons aussi à remercier tous les professionnels qui ont bien voulu participer à l'étude, notamment les professionnels du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, du Centre Hospitalier Universitaire de Verdun, du CSAPA de Metz, du centre médical d'addictions de Metz, d'un cabinet médical à Puiseux-en-France.

¹ Herzlich, Claudine. *Réussir sa thèse en sciences sociales*, Armand Colin, Collection 128, 2005, p. 98.

Nous tenons à remercier les membres de notre réseau primaire de socialisation, à savoir notre famille, pour leur accompagnement moral, physique et financier, pour la rédaction de cette thèse.

Résumé

La thèse porte sur « *L'accompagnement médico-social des malades alcooliques : le cas de malades alcooliques abstinents de la Lorraine et en Auvergne- Rhône- Alpes* ». L'objectif de cette thèse est d'analyser les différents parcours de dépendance et d'abstinence des malades alcooliques abstinents de notre échantillon. La question principale de recherche est de savoir : comment est-ce qu'on passe de l'alcoolisme à l'abstinence ? Pour répondre à cette question, nous avons effectué un travail empirique auprès d'anciens malades alcooliques en Lorraine et en région Auvergne-Rhône- Alpes. Ce travail montre non seulement le processus qui conduit le passage de l'alcool festif à l'alcool maladie mais permet surtout de comprendre la longue étape du passage à l'abstinence. Ce travail montre une population en souffrance, qui a pu s'en sortir grâce aux différents réseaux d'entraide et avec une forte volonté. Ainsi une grande partie de notre recherche est consacrée à l'accompagnement social des malades alcooliques.

Mots-Clés

Alcool, alcoolisation, drogue, malade alcoolique, accompagnement social, mouvements néphalistes.

Résumé en anglais

The thesis focuses on « *The medico-social support of alcoholic patients : the case of abstinent alcoholic patients from Lorraine and Auvergne- Rhône- Alpes* ». The objective of this thesis is to analyze the different paths of dependence and abstinence of abstinent alcoholic patients in our sample. The main research question is : « *How do you go from alcoholism to abstinence ?* ». To do this work, we carried out empirical work with former alcoholics in Lorraine and Auvergne-Rhône- Alpes. This work not only shows the process that leads to the transition from festive alcohol to sick alcohol, but above all to understand the long stage of the transition to abstinence. This work shows a suffering population, which was able to get out of it thanks to the various support networks and also especially to their will to get out of it. Thus a large part of our research is devoted to the social support of alcoholic patients.

KEYWORDS

Alcohol, alcoholism, drug, alcoholic patient, social support, nephalist movements.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	4
Liste des tableaux	15
Liste des figures	18
Liste des graphiques	19
Liste des annexes.....	22
Liste des abréviations	23
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	25
Les motivations de notre étude.....	26
I- Construction de l'objet	29
1- Du non-usage de l'alcool au premier verre.....	30
2- De la consommation non-problématique de l'alcool à la consommation problématique de l'alcool.....	31
3- De la consommation problématique de l'alcool	31
II- La problématique de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques	35
1- La question des représentations dans la prise en charge des malades alcooliques	35
2- Les problématiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques en France	38
III- Questionnement et hypothèses	48
1- Questionnement	48
2- Hypothèses.....	50
IV- Définition des concepts clés du thème.....	52
1- Définition du concept « <i>accompagnement médicosocial</i> ».....	52
2- Définition du concept malade alcoolique.....	55
V- Cadre méthodologique de l'étude	57
1- Population de l'étude et construction de l'échantillon.....	57
2- Mode de recueil des données et utilisation du matériau	58

2.1-Méthodes de collecte d'informations	58
2.2-Techniques de collecte d'informations	58
2.2.1-Observation	58
2.2.2-Recherche documentaire	59
2.2.3-Questionnaires.....	59
2.2.4-Interviews.....	59
2.3-Déroulement de l'étude.....	60
2.4-Techniques de dépouillement et d'analyse des données.....	60
V-Conditions sociales de l'enquête.....	61
1- Culture de l'enquêteur.....	61
2-Plasticité et adaptabilité de l'environnement	62
VI- Annonce du plan	62
PREMIÈRE PARTIE DE L'ÉTUDE : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE	64
Introduction du cadre théorique de l'étude	65
CHAPITRE I : APPROCHE SOCIOHISTORIQUE DE L'ALCOOL ET DE L'ALCOOLISME 66	
Introduction	66
I- Histoire de l'alcool en général	66
1- Découverte de l'alcool, expansion et commercialisation.....	66
2- Consommation de l'alcool : l'alcoolisation, l'ivresse, l'ivrognerie, l'alcoolisme ou la maladie alcoolique.....	71
3- Les divers emplois de l'alcool dans l'histoire.....	75
3.1- L'alcool, en tant que médicament	75
3.2- L'alcool en tant qu'aliment	77
II- Histoire de l'alcool en France	79
1- L'alcool, une culture en France.....	80
2- Les oppositions impuissantes contre la culture de la consommation d'alcool	84
Conclusion.....	84
CHAPITRE II : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA DÉVIANCE ET DU RISQUE.....	86
Introduction	86

I-	Sociologie de la déviance : comment on devient déviant ?	86
II-	Le processus de construction sociale des actes dits déviant.....	88
1-	Les théories explicatives des logiques rationnelles de recours à l'alcool	88
1.1-	L 'approche rationaliste	89
1.2-	Les défenseurs de l'approche culturaliste	89
1.3-	Les opposants de l'approche culturaliste	91
2-	Les théories explicatives des logiques irrationnelles de recours à l'alcool.....	94
2.1-	Premier temps : la théorie du pouvoir addictif de l'alcool : l'effet d'accoutumance à l'alcool et le système de récompense mis en place par le cerveau pour l'alcool	95
2.2-	Deuxième temps : la théorie du pouvoir addictif de l'alcool : l'effet de tolérance à l'alcool	95
2.3-	Troisième temps : la théorie de la perte de contrôle et la théorie du cercle vicieux : la dépendance physiologique et psychologique à l'alcool	96
III-	Le processus de qualification des actes dits déviant	97
1-	La théorie de l'étiquetage.....	98
2-	La théorie de l'étiquetage modifié	99
IV-	La sociologie du risque : comment adopte-t-on ou s'expose-t-on à des risques ?	
	104	
1-	Les risques individuels.....	105
2-	Les risques collectifs.....	107
	Conclusion.....	108
	CHAPITRE III : COMPRENDRE LA MALADIE ALCOOLIQUE : COMMENT DEVIENT-ON MALADE ALCOOLIQUE ?	110
	Introduction	110
I-	Les toxicomanies.....	110
1-	« Toxicomanie » et « accoutumance »	112
2-	De la « toxicomanie » et de « l'accoutumance » à la « dépendance » et la « pharmacodépendance ».....	113
3-	La conservation du terme « dépendance »	114
4-	De « dépendance » à « addiction »	115

5-	Vocabulaire propre aux dépendances liées à des substances psychoactives	117
II-	La particularité de l'addiction alcoolique	117
1-	Effets et risques liés à l'alcool	122
2-	Le caractère sournois de la maladie alcoolique	123
III-	Les différentes étapes de la maladie alcoolique	124
1-	La phase préalcoolique.....	125
2-	La phase de début de la maladie alcoolique.....	126
3-	La phase critique de la maladie alcoolique	127
4-	La phase chronique de la maladie alcoolique	128
IV-	Les conséquences de l'alcoolisme sur le malade alcoolique	130
1-	Les conséquences sociales de l'alcoolisme.....	130
1.1-	Les conséquences de l'alcoolisme au niveau familial	130
1.2-	Les conséquences de l'alcoolisme au niveau professionnel	132
1.2.1-	La rupture des liens professionnels.....	132
1.2.2-	La rupture professionnelle	133
1.3-	Les conséquences de l'alcoolisme au niveau économique	135
1.3.1-	Une préférence pour la consommation d'alcool au détriment de la perte de biens matériels	136
1.3.2-	La perte du pouvoir d'achat	137
1.3.3-	Une absence de projets chez le malade alcoolique	138
2-	Les conséquences sanitaires de l'alcoolisme sur le malade alcoolique	139
2.1-	Les risques sanitaires généraux associés à la consommation d'alcool	140
2.1.1-	L'intoxication alcoolique aiguë ou les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool à court terme.....	140
2.1.2-	L'intoxication alcoolique chronique ou les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool, à moyen et long terme	143
2.2-	Risques sanitaires spécifiques associés à la consommation d'alcool	144
2.2.1-	Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les jeunes.....	144
2.2.2-	Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les hommes et les femmes	145
2.2.3-	Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les seniors	150

Conclusion.....	153
CHAPITRE IV : REPRÉSENTATIONS SOCIALES SUR L'ALCOOL, SUR L'ALCOOLISME ET SUR LE MALADE ALCOOLIQUE	155
Introduction	155
I- Représentations sociales de l'alcool	155
II- Représentations sociales sur l'alcoolisme.....	161
1- Le bien boire	162
2- L'approche morale sociale de l'alcoolisme	163
3- L'approche médico-psychologique.....	165
4- L'approche « <i>symbolique phénoménologique</i> » de la maladie alcoolique.....	168
III- Représentations sociales sur le malade alcoolique	170
1- L'alcoolique, un être déchu.....	171
2- L'alcoolique, un égal en difficulté	174
2.1-L'alcoolique est un égal	174
3- L'alcoolique, un être exceptionnel ou un créateur	179
3.1- L'alcoolique, un être exceptionnel à travers « <i>l'enivrement transcendant</i> » au XVIe siècle	180
3.2-L'alcoolique un créateur, à travers l'enivrement créatif, du XVIIe au XVIIIe siècle	182
Conclusion.....	183
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE.....	184
DEUXIÈME PARTIE : L'APPROCHE EMPIRIQUE : LES INTERVENANTS FACE AUX MALADES ALCOOLIQUES, ANALYSE DE L'ENQUÊTE	187
Introduction	188
CHAPITRE I : PROFILS SOCIOLOGIQUES DES MALADES ALCOOLIQUES ABSTINENTS 189	
Introduction	189
I- Le profil sociodémographique des malades alcooliques abstinentes interviewés	190
1- La répartition des enquêtés selon le sexe	190
2- La répartition des enquêtés selon la mobilité professionnelle	192
3- La répartition des enquêtés selon le réseau social.....	194

4-	La répartition des enquêtés selon le niveau d'étude	205
II-	Le profil relationnel des malades alcooliques abstinents interviewés pendant la période de difficulté avec l'alcool	208
1-	La répartition des enquêtés selon la présence des parents durant leur période en difficulté avec l'alcool.....	209
2-	La répartition des enquêtés selon leur mode de cohabitation dans leur période en difficulté avec l'alcool.....	214
3-	La répartition des enquêtés selon les personnes de confiance des malades alcooliques abstinents durant leur période en difficulté avec l'alcool	221
III-	Les anciens profils de consommation de l'alcool des malades alcooliques abstinents interviewés	224
1-	La répartition des enquêtés selon l'âge du début de la consommation d'alcool.	224
2-	La répartition des enquêtés selon la durée de la dépendance à l'alcool.....	225
IV-	Les nouveaux profils de consommation de l'alcool des malades alcooliques abstinents interviewés	226
1-	La répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'abstinence	227
2-	La répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'association.....	228
	Conclusion.....	229
CHAPITRE II : LES PARCOURS DE DÉPENDANCE DES MALADES ALCOOLIQUES ABSTINENTS		234
	Introduction	234
I-	Du non-usage de l'alcool au premier verre.....	235
1-	L'âge du premier verre.....	236
2-	Les raisons du premier verre	237
II-	Du premier verre au deuxième verre.....	241
1-	Le passage du premier verre au deuxième verre.....	241
2-	Les raisons du second verre	242
III-	Du second verre jusqu'à la dépendance	245
1-	A quel moment, l'alcool devient un problème pour vous ?	245
2-	Le déni.....	253

2.1-Les stratégies pour masquer la consommation d'alcool	253
2.2-Si on vous avait dit que vous étiez alcooliques, l'auriez-vous accepté ?.....	258
1- Les ressentis de l'entourage des malades alcooliques abstinents durant la période en difficulté avec l'alcool.....	269
2- Leur mots pour qualifier leur période de dépendance à l'alcool.....	274
Conclusion.....	278
CHAPITRE III : PARCOURS D'ABSTINENCE DES MALADES ALCOOLIQUES	283
I- Le déclic ou les déclics des projets de soin des malades alcooliques abstinents interviewés	285
1- Les profils des intervenants au niveau du déclic des enquêtés	288
2- La répartition des enquêtés selon le nombre de déclics du projet de soin	291
3- La répartition des enquêtés selon la forme du déclic du projet de soin	292
II- Le projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés, pour parvenir à l'abstinence à l'alcool.....	300
1-L'aspect opérationnel du projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés	308
2- L'aspect méthodologique du projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés	320
I- Le classement ou l'ordonnancement du réseau d'aide par les malades alcooliques abstinents interviewés	323
IV- Les facteurs de maintien dans l'abstinence à l'alcool.....	326
V- Leurs mots pour qualifier leur période d'abstinence	330
Conclusion.....	334
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	337
TROISIÈME PARTIE : SOCIOLOGIE DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES MALADES ALCOOLIQUES.....	340
INTRODUCTION DE LA TROISIÈME PARTIE.....	341
CHAPITRE I : L'IDENTIFICATION DES STRUCTURES DES RESPONSABLES ET PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS DANS LE DOMAINE DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICOSOCIAL DES MALADES ALCOOLIQUES ET LEUR IDENTIFICATION INDIVIDUELLE.....	343

Introduction	343
I- La présentation des structures approchées	344
1- Nature des structures interviewées.....	344
2- Domaines d'intervention et activités des structures des intervenants interviewés	345
2.1- Domaines d'intervention des structures des intervenants interviewés	346
3- Évaluation des objectifs des structures des intervenants interviewés	349
3.1- Présentation des objectifs des structures des intervenants interviewés	350
3.2- Évaluation des résultats atteints des structures des intervenants interviewés.....	351
3.3- Axes d'amélioration des structures des intervenants interviewés.....	351
4- Composition des équipes d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques des intervenants interviewés	353
5- Formation aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme des équipes d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques des intervenants interviewés.....	355
6- Difficultés rencontrées par les structures dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.....	356
7- La connaissance du milieu de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques : la connaissance des autres structures	359
8- Besoins des structures approchées	360
9- Niveau de sollicitation de la structure.....	362
II- L'identification des responsables et professionnels interviewés	363
1- Les secteurs d'activité des responsables et professionnels interviewés.....	363
2- Les fonctions exercées par les responsables et professionnels interviewés.....	364
3- La formation suivie par les responsables et les professionnels interviewés pour exercer leurs fonctions	370
4.1- La formation suivie par les intervenants interviewés pour exercer leurs fonctions.....	372
4.2- La formation suivie par les responsables et les professionnels interviewés pour la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool	374
4- Les difficultés en tant qu'acteur dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques	375

5-	Les différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure, pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.....	379
6-	Les suggestions des acteurs pour l'obtention de meilleurs résultats pour l'accompagnement médicosocial	382
6.1-	Des suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les malades alcooliques....	384
6.2-	Des suggestions pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool	386
	Conclusion.....	388
CHAPITRE II : LA RELATION DES RESPONSABLES ET PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS AVEC LES PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL ET LES MALADES ALCOOLIQUES ABSTINENTS		
	Introduction	391
I-	La construction du lien de confiance entre les personnes alcooliques et les intervenants dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.....	395
1-	Théories généralistes.....	395
2.	Théories spécifiques	397
II-	L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes.....	404
III-	Évaluation de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes	406
	Conclusion.....	410
CHAPITRE III : L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL DES MALADES ALCOOLIQUES D'UN POINT DE VUE THÉORIQUE : GÉNÉRALITÉS ET SPÉCIFICITÉS		
	Introduction	412
I-	Les théories générales de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.....	413
1-	Les théories dans l'accompagnement	414
2-	Les théories dans l'accompagnement médical.....	424
II-	Les théories spécifiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques	428

1-	La théorie du temps dans les soins en addictologie	428
2-	Les théories de l'attachement.....	429
3-	La théorie du décloisonnement des champs de l'alcoologie, de la tabacologie et de la toxicomanie : la théorie de l'addictologie	430
4-	Théorie de l'accompagnement médical des malades alcooliques.....	431
	Conclusion.....	433
	CHAPITRE IV : LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL DU MALADE ALCOOLIQUE.....	434
	Introduction	434
I-	Intervention 1 : la prise en charge psychosociale, le soutien psychosocial ou l'accompagnement psychothérapeutique	438
II-	Intervention 2 : le sevrage ou la cure de désintoxication	439
III-	Intervention 3 : la postcure.....	440
IV-	Le regard des malades alcooliques interviewés et des intervenants sur l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques en général	440
	Conclusion.....	447
	CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE	447
	CONCLUSION GÉNÉRALE	449
	BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	453
1-	Les ouvrages	453
2-	Les articles	456
4-	Les thèses et mémoires	472
5-	Les dictionnaires	472
6-	Les ouvrages de méthodologie et de recherche	473
	ANNEXES	473

Liste des tableaux

Tableau 1-Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)	42
Tableau 2-Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le sexe parmi les 18-75 ans	43
Tableau 3-Répartition des diagnostics alcool en catégories et sous-catégories, code CIM 10 et effectifs	44
Tableau 4-Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de médicaments d'aide au sevrage d'alcool, 2008-2018 (régime général uniquement)	46
Tableau 5-Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de baclofène, 2008-2017 (régime général uniquement)	46
Tableau 6-typologie des comportements déviants	101
Tableau 7-Tableau comparatif des caractéristiques de la toxicomanie et de l'accoutumance	113
Tableau 8-exemples d'alcool primaire, secondaire et tertiaire	120
Tableau 9-Tableau récapitulatif de la phase préalcoolique	125
Tableau 10-Tableau récapitulatif de la phase de début de la maladie alcoolique	126
Tableau 11-Tableau récapitulatif de la phase critique de la maladie alcoolique	127
Tableau 12-Tableau récapitulatif de la phase chronique de la maladie alcoolique	129
Tableau 13-répartition des malades alcooliques abstinents selon la mobilité professionnelle	193
Tableau 14-répartition des malades alcooliques abstinents selon le lien de la mobilité professionnelle avec l'alcool	193
Tableau 15-répartition des enquêtés selon le nombre de frères et de sœurs	196
Tableau 16-Situation matrimoniale des malades alcooliques abstinents interviewés	201
Tableau 17-répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants	203
Tableau 18-répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants	204
Tableau 19-répartition des enquêtés selon la religion	204
Tableau 20-répartition des enquêtés selon le diplôme le plus élevé	208

Tableau 21-répartition des enquêtés selon la présence des parents durant leur période en difficulté avec l'alcool.....	210
Tableau 22-répartition des enquêtés selon le mode de cohabitation des parents dans leur période en difficulté avec l'alcool.....	210
Tableau 23-répartition des malades alcooliques abstinents interviewés selon les effets de la présence ou non des parents durant leurs périodes en difficulté avec l'alcool.....	211
Tableau 24-répartition des enquêtés selon les personnes de confiance.....	222
Tableau 25-répartition détaillée des enquêtés selon les personnes de confiance.....	223
Tableau 26-répartition des enquêtés selon l'âge du début de la consommation d'alcool.....	224
Tableau 27-Répartition des malades alcooliques selon la durée de la dépendance.....	226
Tableau 28-répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'abstinence.....	227
Tableau 29-Répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'association.....	229
Tableau 30-Répartition des enquêtés selon l'âge du premier verre d'alcool.....	236
Tableau 31- Répartition des enquêtés selon le mode de passage du premier verre au deuxième verre.....	242
Tableau 32- Répartition des enquêtés selon les stratégies pour cacher leur alcoolisation.....	254
Tableau 33- Répartition des enquêtés selon le déni.....	258
Tableau 34-répartition des enquêtés selon le nombre de déclics.....	291
Tableau 35-Balance décisionnelle.....	303
Tableau 36-Répartition des enquêtés selon l'action la plus citée par ordre numéral des actions posées.....	313
Tableau 37-Répartition des enquêtés selon le nombre de déclics.....	322
Tableau 38 : répartition des enquêtés selon le classement de l'élément prioritaire d'appui dans le réseau d'aide.....	325
Tableau 39-Tableau extrait de l'article Les émotions : une conception relationnelle Anna Tcherkassof, Nico H. Frijda : Dispositions à l'action et noms d'émotions.....	331
Tableau 40-répartition des structures des intervenants interviewés selon la nature.....	344
Tableau 41-répartition des structures des intervenants interviewé selon leurs activités.....	347
Tableau 42-Répartition des structures selon les objectifs 2017-2018.....	350

Tableau 43-Répartition des professionnels et responsables interviewés selon leur connaissance des autres structures dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.....	359
Tableau 44-Répartition des intervenants selon le type de besoins pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques	361
Tableau 45-répartition des intervenants interviewés selon la sollicitation de leur structure..	363
Tableau 46-répartition des enquêtés selon le secteur de travail	364
Tableau 47-répartition des intervenants interviewés selon leurs rôles au sein de leurs structures	368
Tableau 48-répartition des enquêtées selon les différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure	381
Tableau 49-répartition des intervenants selon les suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les malades alcooliques	384
Tableau 50-répartition des intervenants pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool (volet prévention, accompagnement, insertion ou réinsertion, pôle étatique	386

Liste des figures

Figure 1-Atomes de carbone saturé et insaturé	119
Figure 2-Exemple d'alcool : Butan-1-ol	119
Figure 3-Exemple de composé avec le groupe OH, lié à un atome de carbone insaturé : Le cyclohexanol.....	119
Figure 4: exemples d'alcool primaire, secondaire et tertiaire	120
Figure 5-Processus de l'alcoolisme selon le modèle psychologique	167
Figure 6-Traits distinctifs de l'ivrogne, de l'alcoolique, du malade alcoolique et du buveur	172
Figure 7-Modèle des stades du changement.....	303

Liste des graphiques

Graphique 1-Répartition par sexe, diagramme camembert.....	191
Graphique 2-Répartition des enquêtés par genre et association.....	191
Graphique 3-répartition des malades alcooliques abstinentes interviewés selon leur position dans la famille.....	197
Graphique 4-répartition des malades alcooliques abstinentes interviewés selon leur position dans la famille.....	200
Graphique 5-Situation matrimoniale des malades alcooliques abstinentes enquêtés	202
Graphique 6-répartition des malades alcooliques abstinentes selon le mode de cohabitation.	216
Graphique 7-répartition des malades alcooliques abstinentes selon les effets du mode de cohabitation des malades alcooliques abstinentes sur leur période en difficulté avec l'alcool	217
Graphique 8- Répartition des enquêtés selon les réactions de l'entourage	274
Graphique 9- répartition des enquêtés selon les intervenants sollicités au niveau du déclic .	288
Graphique 10- répartition des enquêtés selon les intervenants sollicités au niveau du déclic	290
Graphique 11-Répartition des enquêtés ayant sollicité un seul intervenant pour leurs projets de soin de la maladie alcoolique	290
Graphique 12-répartition des enquêtés selon la forme ou le type de déclics	292
Graphique 13-Répartition des types de déclics chez les hommes.....	298
Graphique 14-Répartition des types de déclics chez les femmes.....	299
Graphique 15-Répartition des enquêtés selon les sous-catégories de conséquences sanitaires	300
Graphique 16-Répartition des enquêtés selon le type d'actions posées dans le projet de soins	310
Graphique 17-Répartition détaillée des enquêtés selon le nombre d'actions posées dans le projet de soins.....	311
Graphique 18-Répartition des enquêtés selon le nombre d'actions posées dans le projet de soins	312

Graphique 19-répartition des enquêtés selon l'action 1 du projet de soins.....	313
Graphique 20-Répartition des enquêtés selon la part des intervenants	314
Graphique 21-répartition des enquêtés selon la présence de rechutes	321
Graphique 22-Répartition des enquêtés selon l'action 1 juste après la rechute.....	323
Graphique 23-répartition des enquêtés selon le classement de l'élément prioritaire d'appui dans le réseau d'aide et le lieu de parcours d'abstinence	326
Graphique 24-Répartition des enquêtés selon les facteurs de construction durable de l'abstinence.....	327
Graphique 25-Répartition des enquêtés selon leurs mots sur leurs périodes d'abstinence	333
Graphique 26-répartition des structures des intervenants interviewés selon la nature.....	345
Graphique 27-répartition des professionnels et responsables interviewés selon le domaine d'intervention	347
Graphique 28-répartition des structures des intervenants interviewés selon leurs activités ..	349
Graphique 29-répartition des professionnels et responsables interviewés selon la composition de l'équipe	354
Graphique 30-répartition des équipes de travail des intervenants interviewés selon la formation aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme	356
Graphique 31-Répartition des professionnels et responsables interviewés selon le titre de la fonction exercée	365
Graphique 32-Répartition des professionnels et responsables interviewés selon la fonction exercée.....	365
Graphique 33-répartition des intervenants interviewés selon la formation suivie par les intervenants interviewés pour exercer leurs fonctions	373
Graphique 34-répartition des intervenants selon une formation suivie spécifiquement pour accompagner les malades alcooliques.....	375
Graphique 35-Répartition des intervenants interviewés selon leurs difficultés en tant qu'acteur	377
Graphique 36-répartition des enquêtées selon les différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure	380

Graphique 37-répartition des intervenants selon les suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les malades alcooliques	386
Graphique 38-répartition des intervenants pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool (volet prévention, accompagnement, insertion ou réinsertion, pôle étatique	388
Graphique 39-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour créer des liens dans la relation thérapeutique ou la relation de soins	398
Graphique 40-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour créer des liens dans la relation thérapeutique ou la relation de soins	403
Graphique 41-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour aider les malades alcooliques à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool	405
Graphique 42-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour aider les malades alcooliques en cas de rechutes.....	406
Graphique 43-répartition des intervenants selon le manque décelé	408
Graphique 44-répartition des intervenants selon le manque décelé pour aider les malades alcooliques en cas de rechutes et par rapport à leur impuissance face à l'alcool.....	409
Graphique 45-Si vous pouviez décrire les qualités des personnes en qui vous vous confiez le plus pour vos problèmes par rapport à l'alcool, quelles qualités pourriez-vous dire ?	442

Liste des annexes

Annexe 1-Questionnaire adressé aux malades alcooliques abstinent	473
Annexe 2-Guide adressé aux malades alcooliques abstinent	475
Annexe 3-Guide adressé aux responsables et professionnels dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques (section structure de l'intervenant)	477
Annexe 4-Questionnaire adressé aux responsables et professionnels dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques	479
Annexe 5-Guide adressé aux responsables et professionnels dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques	480
Annexe 6-Extrait d'un entretien d'un malade alcoolique abstinent	481
Annexe 7-Index des auteurs	485
Annexe 8-Index des mots-clés	486

Liste des abréviations

AFNOR :	Association française de normalisation
API :	Alcoolisation ponctuelle importante
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CB :	Croix Bleue
CIM :	Classification internationale des maladies
CNRTL :	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CSAPA :	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
INSERM :	L'Institut national de la santé et de la recherche médicale
MNT :	Maladies Non Transmissibles
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT :	L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
ONU DC :	L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime
PHV :	Vulnérables
PLS-	Programme de lutte contre le sida chez les populations hautement

PMO :	Partenaires de mise en œuvre
SAF :	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SFA :	Société Française d'Alcoologie
SNC :	Système nerveux central
UD :	Usagers de drogues
UDI :	Usagers de drogues injectables
UE :	L'Union européenne
UFHB :	L'université Félix-Houphouët-Boigny
VIH :	Virus de l'immuno-déficience humaine
WHA :	World Health Assembly

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Dans l'alcool, il y a deux versions. Soit c'est un ennemi qui te veut du bien mais qui te fait du mal, soit c'est un ami qui te veut du mal, mais qui te fait du bien. ». Cette citation de Jacques Dutronc expose la nature ambivalente de l'alcool.

Existant depuis la préhistoire, l'alcool fait partie du quotidien des hommes. C'est un produit qui possède des valeurs thérapeutiques, alimentaires et symboliques. De ce fait, sa consommation est généralement encadrée. Par exemple, pour une consommation responsable ou un usage sans dommage de l'alcool, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose des repères de consommation : vingt et un verres au maximum, par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (soit trois verres/jour en moyenne/par occasion), et quatorze verres au maximum par semaine pour l'usage régulier chez la femme (soit deux verres/jour en moyenne/par occasion) ; jamais plus de quatre verres par occasion, pour l'usage ponctuel, chez l'homme et la femme. L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool². En France, «il est interdit de conduire avec un taux d'alcool dans le sang supérieur ou égal à 0,5 g/l de sang (ou 0,2 g/l si vous avez un permis probatoire) »³. Toutefois, ces seuils n'assurent aucunement l'absence de risques liés à l'alcoolisation. En effet, l'alcoolisation occasionne l'alcoolisme. Or parmi les causes de mortalité et de morbidité dans le monde, l'alcool est le troisième facteur de risque de mortalité et de morbidité évitable ou modifiable (3,3 millions de décès par an ⁴), après l'hypertension artérielle (4,1 millions) et le tabac (7,2 millions). Seules ou à l'aide d'un réseau, les personnes qui veulent sortir de l'alcoolisme mènent plusieurs actions. Le réseau d'aide médico-social et de réinsertion des

² Alcool Médicaments Addiction (AMA). (Page consultée le 21 janvier 2023). *Recommandations pour quitter un vice*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.ama.lu/alcool_oms.php

³ Gouvernement. (Page consultée le 14 octobre 2021). *Alcool au volant : la réglementation*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/reglementation-liee-aux-risques/reglementation-de-lalcool-au-volant>

⁴ OMS. (Page consultée le 21 janvier 2023). *Alcool, Principaux faits*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

malades alcooliques est constitué du réseau initial du malade alcoolique, du réseau médical existant et du réseau social. L'adoption de mesures contre l'alcoolisme provient de la volonté de lutter contre les maladies non transmissibles (MNT). Dans les stratégies de lutte contre les MNT, figure la surveillance de ses facteurs de risque modifiables, dont l'alcoolisme. C'est pourquoi nous nous proposons d'étudier l'accompagnement médico-social des malades alcooliques en France, dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes alcooliques.

La question centrale qui découle de la problématique ci-dessus est la suivante :

Comment est-ce qu'on passe de l'alcoolisme à l'abstinence ?

Les questions spécifiques sont les suivantes : Qui sont les malades alcooliques ? Quel est leur parcours de dépendance ? Quels facteurs conduisent les malades alcooliques à sortir de l'alcoolisme ?

Nous retenons l'hypothèse principale selon laquelle dans un premier temps, le malade alcoolique qui veut sortir de l'alcoolisme doit être acteur de sa guérison ; et dans un second temps, il s'appuiera sur un réseau d'aide relevant de son réseau social initial et de l'ensemble des dispositifs médico-sociaux mis en place dans son pays pour accompagner et réinsérer les malades alcooliques.

Notre étude s'articule autour de trois grandes parties. Dans la première partie, nous dresserons notre cadre théorique ; dans la deuxième partie, nous analyserons les résultats de l'étude ; dans la troisième partie, nous analyserons les outils utilisés actuellement en « *sociologie de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques* ».

Les motivations de notre étude

Nous allons commencer par les motivations personnelles de l'étude, et terminer par les motivations sociales de l'étude.

Les motivations personnelles de l'étude : les addictions, des problèmes de santé généraux et actuels dans la société

Dans cette section, nous présenterons nos motivations personnelles de l'étude, qu'est-ce qui nous challenge à continuer l'étude.

Par exemple, à travers la question : « *Durant votre période d'alcoolisation, si l'on vous disait que vous étiez alcoolique, est-ce que vous le reconnaîtriez ?* », nous cherchions à savoir si :

- l'alcoolisme ne masque pas les réalités de la vie d'une personne de telle sorte qu'il la transforme en une « *autre* » personne, incapable de reconnaître ses actes après les avoir posés,
- nous-mêmes pouvions devenir alcoolique un jour sans nous en rendre compte ? à quel moment ? dans quelles circonstances ? comment l'éviter ? pour nos parents et proches ?
- aussi comment aider ou conseiller les malades de l'alcoolisme ?

Après notre passage à la Croix Bleue et considérant les résultats de notre étude en Master 2, nous comprenions que les addictions pouvaient toucher tout le monde. En plus, le processus de dépendance est minutieux. En effet, d'une part, il est progressif ; d'autre part, l'addiction des individus est souvent sue des proches vivant sous le même toit, des années plus tard. Alors, nous avons fait de l'« *auto-sociologie* » pour reprendre les mots de notre professeur Emmanuel Jovelin⁵. À l'aide des témoignages des personnes alcooliques devenues abstinentes, nous avons mené une étude préventive de comportements à risque d'addiction alcoolique. Le but était de répondre à la problématique personnelle de l'abus d'alcool dans notre quotidien, ainsi que de répondre aux éventuels comportements addictifs insoupçonnables.

Nous tenons à noter que malgré ces motivations personnelles, nous avons gardé notre neutralité et impartialité en tant qu'apprenti chercheur, par l'utilisation de guides semi-directifs et des relances. Ces dernières nous permettaient de savoir si nous avons compris la totalité de ce qu'ils voulaient nous dire, et aussi à reformuler parfois, les réponses des personnes interviewées que nous avions perçues.

⁵ Jovelin, Emmanuel cité par Mezzouj, Fatima. *Parcours migratoire des personnes âgées immigrées : trajectoires de vie et accompagnement social*, Thèse dirigée par Madame Ewa Bogalska- Martin, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes, préparée au sein du Laboratoire PACTE- UMR 5194 dans l'École Doctorale 454- Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire, 2016, p. 11.

Les motivations sociales de l'étude : de l'utilité sociale de l'étude

Dans un premier temps, nous avons été motivées à poursuivre cette étude dans le but d'obtenir le diplôme de docteur en sociologie. L'obtention de ce titre, pour nous représente la clôture de plusieurs années d'études mêlant théorie et pratique en sciences humaines et sociales. Dans un second temps, nous avons été motivées à poursuivre cette étude pour faire face aux problèmes liés aux nouvelles tendances de la charge mondiale de la morbidité d'ici 2030. Comme nous l'avons expliquées dans les sections précédentes, notamment l'introduction générale et la problématique de l'étude, entre 2004 et 2030, on devrait assister à une baisse de la mortalité attribuable aux maladies transmissibles, pour tous les pays, qu'ils aient un revenu élevé, intermédiaire ou moyen, tandis que celles attribuables aux maladies non transmissibles (MNT) seraient en hausse, selon les projections de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁶. Pour résoudre cette problématique, en 2008, l'OMS a élaboré un plan d'action pour la stratégie mondiale de lutte contre les MNT. L'un des objectifs de ce plan d'action consiste à agir sur les facteurs de risques modifiables de survenue des MNT, dont la consommation problématique de l'alcool. Comme nous l'avons expliqué dans l'introduction, c'est pourquoi nous nous sommes proposé d'étudier le thème suivant : « *L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques en France : Le cas de malades alcooliques abstinents de la Lorraine et en Auvergne- Rhône- Alpes* ». L'étude que nous menons se situe dans deux champs qui sont les suivants :

- Le champ de la santé publique,
- Et le champ de la sociologie de la santé.

L'intérêt de l'étude que nous menons, réside dans l'aboutissement de nos travaux de recherche. En effet, les résultats de notre travail de recherche vont procurer :

- Aux familles des informations nécessaires sur la maladie alcoolique, le processus d'accompagnement et de guérison ;
- Et aux thérapeutes, des informations nécessaires pour améliorer les processus d'accompagnement et d'(de) (ré) insertion des personnes alcooliques.

⁶ Organisation mondiale du commerce. (Page consultée le 25 septembre 2021). *C. La charge mondiale de morbidité et les risques sanitaires mondiaux*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/trilatweb_f/ch1c_trilat_web_13_f.htm

I- Construction de l'objet

La particularité de l'alcoolisme est qu'il existe : différents types de parcours, différents types de consommateurs, et différents niveaux de consommation de l'alcool.

Nous avons différents types de parcours. Il y a toujours eu « *une première fois* » avec les substances psychoactives. Des facteurs environnementaux, thérapeutiques, perpétuels ou déclenchants peuvent renforcer ou faciliter la consommation d'une substance psychoactive. Selon Jean Adès, les cinq stades⁷ de consommation de l'alcool sont les suivants : le premier contact, le stade expérimental, l'usage social intégré, l'usage excessif et la dépendance alcoolique. Pour des raisons diverses, certains consommateurs en resteront au premier contact avec l'alcool. Cependant, d'autres iront jusqu'au deuxième stade, celui de l'expérimentation. Comme son nom l'indique, à ce stade, ils renouvelleront l'expérience de la consommation d'alcool. Certains individus en arriveront au troisième stade de la consommation : l'usage social intégré. Selon Emmanuel Jovelin, l'usage social intégré est : « *la consommation d'alcool acceptée par les usages sociaux, en accord avec les règles sociales et culturelles.* »⁸. Au quatrième stade, l'usage excessif, le produit peut être sans effets négatifs sur la santé, le psychisme ou la vie sociale. Toutefois, l'accoutumance est déjà là. La nocivité de l'abus n'est pas forcément instantanée ; mais de toute manière, que ce soit tôt, que ce soit tard, l'abus est nocif, puisqu'il perturbera la santé de l'individu : son comportement changera, des habitudes s'installeront. L'individu ne pourra plus se passer du produit, sinon, il souffrira physiquement. Par exemple, il pourra avoir des tremblements. Psychiquement, l'individu souffrira du syndrome de manque ou de sevrage alcoolique. Le syndrome de manque se définit comme étant un ensemble de symptômes se manifestant à la suite de l'arrêt ou de la réduction de la consommation d'alcool. Ce n'est plus l'étape du plaisir, mais de la souffrance engendrée par le produit, comme l'exprime Jacques Dutronc, en parlant des deux versions de l'alcool. L'individu essaiera de trouver des solutions pour gérer son manque. Notamment la consommation solitaire de l'alcool, sa consommation matinale indiquent que le processus de dépendance est déjà

⁷ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 69.

⁸ Idem.

engagé. L'individu dépendant construira son quotidien et sa vie autour du produit. C'est ce qu'on appelle la centration. Tout son « discours » sera centré sur son besoin. Ce qui ne l'empêchera pas d'avoir une vie sociale, mais « *son comportement, ses modes de pensée et sa façon de raisonner sont modifiés et altérés par son besoin* » du produit. Ses relations sociales peuvent en pâtir. Il est important de considérer tous ces éléments pour alerter les services compétents au bon moment. Le cinquième stade, l'alcoolisme dépendance est le stade terminal de la maladie alcoolique. Quel que soit le stade de consommation, il faut se tenir toujours alerte. Aucune consommation n'est anodine. Il faut toujours se méfier de l'intensité de la consommation, car elle peut s'avérer « *dangereuse* », en raison de plusieurs variables liées soit au contexte de consommation, soit au produit, soit à l'individu.

En fonction de la fréquence et des raisons de la consommation de l'alcool, nous rencontrons plusieurs types de consommateurs d'alcool, qui sont : les expérimentateurs, les utilisateurs sociaux, les consommateurs réguliers, les consommateurs occasionnels et les utilisateurs dépendants⁹.

Nous catégorisons deux types de consommation : l'usage et le mésusage. Nous distinguons quatre niveaux de consommation de l'alcool correspondant à ces deux types de consommation. Le mésusage comprend les trois derniers niveaux de la consommation d'alcool à savoir : la consommation à risque ou abus ponctuel, la consommation nocive ou abus répété, et l'alcoolisme dépendance.

1- Du non-usage de l'alcool au premier verre

Le non-usage de l'alcool correspond à la situation d'une personne Y n'ayant jamais consommé de l'alcool, à l'exemple d'un enfant qui, dans le ventre de sa mère, ne sait pas ce que c'est que

⁹ Lo Monaco, Grégory, et Christian, Guimelli. (Page consultée le 13 mars 2023). « *Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin* », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2008/2 (Numéro 78), p. 35-50. DOI : 10.3917/cips.078.0035., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2008-2-page-35.htm>

Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 69.

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). (Page consultée le 13 mars 2023). *Quelques données chiffrées, niveaux de consommation en 2019*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-chiffrees.html>

OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>

l'alcool. Le premier verre est le premier contact d'un individu avec l'alcool ou sa première consommation de l'alcool. Cette personne peut décider de retourner au non-usage de l'alcool, c'est-à-dire de s'abstenir de l'alcool. Elle peut aussi décider de continuer à consommer l'alcool.

2- De la consommation non-problématique de l'alcool à la consommation problématique de l'alcool

La consommation non problématique est celle qui est modérée, raisonnée. Elle ne posera pas de problèmes ni à l'individu ni à la société. Concernant les contextes d'alcoolisation et lieux d'alcoolisation, les repas de famille, les fêtes familiales (baptêmes, communions, mariages, anniversaires), les retrouvailles entre amis (les amis peuvent bien se retrouver au bureau.) pendant les pauses professionnelles ou en dehors du cadre professionnel, les bals de fin d'année au lycée, les sorties de week-end, les after-works, pour ne citer que ceux-là, sont autant d'occasions pour consommer de l'alcool¹⁰. L'alcool consommé à ces occasions est appelé l'alcool alimentaire ou festif. Tandis que certaines personnes consommeront de l'alcool pour avoir plus d'appétit, se donner de la force, ou même lutter contre une anémie (dans ce cas, c'est l'alcool médicament ou thérapeutique), d'autres personnes l'utiliseront pour aborder les personnes du sexe opposé. Il existe aussi d'autres contextes d'usage de l'alcool. Par exemple, un enfant peut prendre de l'alcool pour entrer en contact avec des personnes adultes. Dans le milieu professionnel, certaines personnes ayant des tâches difficiles à réaliser vont consommer de l'alcool pour se surpasser. Pour d'autres personnes, au départ ce sera la simple curiosité, de savoir quel est le goût de l'alcool, qui les poussera à consommer le produit. Parmi toutes ces personnes qui consommeront de l'alcool, pour des raisons diverses, chez certaines une dépendance à l'alcool s'installera progressivement, de telle sorte qu'elles ne pourront plus s'abstenir du produit. Elles auront sombré dans l'alcoolisme ou la maladie alcoolique.

3- De la consommation problématique de l'alcool

Au stade de l'alcoolisme, la consommation d'alcool devient problématique avec des conséquences pour l'individu, son entourage, pour la société, pour l'économie.

¹⁰ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 69-83.

Sur le plan social, par exemple, la personne peut devenir agressive verbalement envers son conjoint, ses enfants ou ses amis. Il arrive qu'à la suite de comportements agressifs répétitifs ou de conduites à risque au volant d'une voiture, ou sur leurs lieux de travail, les personnes qui souffrent d'alcoolisme perdent la garde de leurs enfants, leurs permis de conduire. Elles sont même parfois exclues du travail. Elles ne pourront récupérer leurs enfants, leurs permis de conduire ou leur travail qu'à la suite d'une cure de désintoxication.

Sur le plan individuel, la personne souffre de pathologies variées, comme la perte des liens sociaux.

Sur le plan sanitaire par exemple, sous l'effet de l'ivresse, la personne alcoolique peut avoir des comportements mettant en danger sa santé et celle des autres individus. Elle peut par exemple avoir des rapports sexuels sans protection, pouvant l'exposer aux maladies et/ou infections sexuellement transmissibles (MST et/ou IST). La centration sur l'alcool a des coûts.

Concernant la maîtrise de l'alcoolisme, les malades d'alcoolisme s'aperçoivent, pour la plupart d'entre eux, souvent bien plus tard, qu'ils ne maîtrisent pas leur consommation d'alcool. Du fait d'une tolérance de plus en plus élevée, ils ont besoin d'un peu plus d'alcool pour atteindre les effets antérieurs : c'est l'effet d'accoutumance. Les malades de l'alcoolisme peuvent faire soit des épisodes périodiques d'alcoolisme, du fait du mésusage ou de l'usage à risque¹¹ momentané de l'alcool, soit des épisodes chroniques. Au niveau économique, la personne dépense beaucoup d'argent pour se procurer de l'alcool, négligeant ainsi les charges familiales. En plus de ce qui a été dit dans l'introduction générale, à propos de l'alcoolisme, l'usage nocif de l'alcool est un facteur étiologique¹² dans plus de 200 maladies et traumatismes¹³.

¹¹ Société Française d'Alcoologie. (Page consultée le 17 février 2022). *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Société Française d'Alcoologie*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/570>

¹² CNRTL. (Page consultée le 4 juin 2021). *Étiologique*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/etiologique>
En médecine, le terme étiologie se définit comme étant la discipline qui étudie les causes des maladies.

¹³ CNRTL. (Page consultée le 21 janvier 2023). *Maladie*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/maladie>

CNRTL. (Page consultée le 21 janvier 2023). *Traumatisme*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/traumatisme>

Selon l’OMS, le nombre de décès liés aux MNT dans le monde, chaque année, est estimé à 15 millions de personnes, âgées de 30 à 69 ans, soit 71% des décès dans le monde. Plus de 85% de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Selon les projections de l’OMS, entre 2004 et 2030, on devrait assister à de nouvelles tendances de la charge mondiale de la morbidité, notamment à une baisse de la mortalité attribuable aux maladies transmissibles, pour tous les pays, qu’ils aient un revenu élevé, intermédiaire ou moyen, tandis que celles attribuables aux MNT seraient en hausse¹⁴. Pour faire face aux MNT, l’OMS a approuvé par la résolution WHA/51.18, le cadre proposé pour la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles¹⁵. Ce cadre invite les États Membres à collaborer avec l’OMS, pour élaborer une stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Ce cadre s’appuie essentiellement sur l’identification et la réduction du niveau d’exposition des populations aux facteurs de risque de ces maladies chroniques. Pour faire face aux nouvelles tendances de la charge mondiale de la morbidité, en 2008, l’OMS approuve la même année, un plan d’action pour la stratégie mondiale de lutte contre les MNT¹⁶. L’un des objectifs de ce plan d’action consiste à agir sur les facteurs de risques modifiables de survenue des MNT, notamment l’alcool. De façon spécifique, en 2010, lors de la 63e assemblée mondiale de la santé, les États membres de l’OMS, par la résolution WHA/63.13, ont adopté une stratégie mondiale visant à réduire l’usage nocif de l’alcool¹⁷.

La différence entre la maladie et le traumatisme, est que la maladie est le résultat de l’altération de l’état de santé, alors que le traumatisme est le résultat d’une action causée par une action violente sur l’organisme.

¹⁴ Organisation mondiale du commerce. (Page consultée le 25 septembre 2021). *C. La charge mondiale de morbidité et les risques sanitaires mondiaux*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/trilatweb_f/ch1c_trilat_web_13_f.htm

¹⁵ OMS. (Page consultée le 13 mars 2023). *Cinquante et unième , Assemblée mondiale , de la santé Genève, 11-16 mai 1998, résolutions et décisions annexes*, [En ligne]. Adresse URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258899/WHA51-1998-REC-1-fre.pdf?sequence=1>

¹⁶ OMS. (Page consultée le 13 mars 2023). *Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale*, [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/25934/A61_R14-fr.pdf

¹⁷ OMS. (Page consultée le 13 mars 2023). *Résolutions OMS*, [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-fr-reso.pdf

Selon le rapport de l'ONU DC, en 2012, le nombre annuel de décès liés aux substances psychoactives illicites, cette année, a été estimé à 183 000 (ou un chiffre situé entre 95 000 et 226 000), soit dix-huit fois moins le nombre de malades touchés par l'alcoolisme¹⁸.

L'alcool joue un rôle économique important en Europe. D'abord, le commerce de l'alcool rapporte environ 9 milliards d'euros à l'Union européenne (UE)¹⁹. Ensuite, le quart de la production mondiale des boissons alcooliques et de plus de la moitié de la production de vin viennent de l'Europe. Enfin, en Europe, un grand nombre d'emplois sont liés à la production de l'alcool, en particulier plus de 750000 postes, et principalement pour le vin. Les statistiques nous montrent que l'UE reste la région du monde où l'on consomme le plus de boissons alcoolisées. Toutefois, on note une baisse du volume annuel moyen bu par habitant. Il était de 15 litres d'équivalent alcool pur dans le milieu des années 70 ; il était de 11 litres en 2006. Dans la plupart des pays de l'Europe des 15 (document sur l'UE), «40% des occasions de boire ont lieu au moment du repas de fin d'après-midi ou du soir et les déjeuners sont beaucoup plus "alcoolisés" dans les pays du sud de l'Europe »²⁰.

Il faut noter que 266 millions d'adultes boivent de l'alcool, jusqu'à 20 g par jour pour les femmes et 40g par jour pour les hommes. Plus de 58 millions d'adultes (15 % de la population générale) en boivent au-dessus de cette limite. 20 millions d'entre eux (6 % de la population) boivent plus de 40g par jour pour les femmes et plus de 60g par jour pour les hommes. 55 millions d'adultes sont abstinents. Presque tous les élèves (90 %) âgés de 15 à 16 ans ont bu l'alcool à un moment de leur vie. En général, ils commencent à l'âge de 12 ans et demi. En moyenne, leur première ivresse a lieu à 14 ans. Environ 23 millions d'Européens (5% des

¹⁸ ONU DC. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Résumé analytique : Rapport mondial sur les drogues 2014*, page 11 [En ligne]. Adresse URL: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/WDR_2014_French.pdf.

¹⁹ Peter, Anderson, Ben, Baumberg, et Institute of Alcohol Studies, Angleterre (London). *L'alcool en Europe : une approche de santé publique : rapport à la Commission européenne*. Commission européenne (OIL). Luxembourg. (2006, juin), 2002. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf

²⁰ Toute l'Europe. (Page consultée le 04 septembre 2021). *Les élargissements de l'Union européenne, de 6 à 27 États membres*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.touteleurope.eu/fonctionnement-de-l-ue/les-elandissements-de-l-union-europeenne-de-6-a-27-etats-membres/>.

Concernant, l'Europe des 15, il s'agit de l'ensemble des pays qui appartenaient à l'Union européenne entre 1995 et 2004.

hommes et 1% des femmes) sont dépendants de l'alcool. En Europe, 40% de la morbidité et de la mortalité prématurée sont dus à trois facteurs de risque évitables : le tabac, l'alcool et les accidents de la circulation (la plupart des accidents sont causés par l'alcool)²¹.

II- La problématique de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques

1- La question des représentations dans la prise en charge des malades alcooliques

Pour mieux comprendre la problématique sociale actuelle que pose la prise en charge des malades alcooliques, en général, dans le monde, nous allons utiliser les notions des représentations sociales, de façon générale, et des représentations collectives sur l'alcool, la maladie alcoolique et les alcooliques, en particulier²².

Selon Denise Jodelet, psychologue sociale spécialisée dans l'étude des représentations sociales, la représentation sociale est : « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »²³.

Selon les théories sur les représentations de la maladie et de la santé, un individu peut ne pas se sentir malade psychologiquement (en anglais : sickness), alors qu'il manifeste tous les symptômes de la maladie (en anglais : disease)²⁴. Cette situation pose la problématique du traitement des malades alcooliques, dans la mesure où l'individu n'est pas acteur de sa santé. Si l'individu n'est pas acteur de sa santé, cela peut entraîner : des ruptures du projet de soins, des rechutes et un non-maintien de l'abstinence.

Ce détour nous a semblé nécessaire pour comprendre la question des représentations dans la prise en charge des malades alcooliques.

²¹ Idem

²² Kiritzé-Topor, Paul. (Page consultée le 2 novembre 2021). *Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.camerup.fr/wp-content/uploads/2016/11/Intervention_Docteur_Kiritze_Topor.pdf

²³ Jodelet, Denise. *Les représentations sociales*, Septième édition, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 2003, p. 52-64.

²⁴ Fassin, Didier, et Jaffré, Yannick. (Page consultée le 21 janvier 2023). *Sociétés, développement et santé*, p.38-49., [En ligne]. Adresse URL: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-06/37851.pdf

En outre, toujours pour comprendre cette question spécifique, nous allons parler de l'évolution des représentations collectives sur l'alcool, la maladie alcoolique et les alcooliques. Trois périodes vont se succéder dans l'histoire de l'alcool, la maladie alcoolique et les alcooliques dans le monde. Ces périodes influenceront la prise en charge des malades alcooliques.

La première période part de moins 6000 ans jusqu'au début du 19^e siècle. Durant cette période, l'alcool remplira trois fonctions : (1) sociale, sacrée et symbolique, par son usage lors de rites religieux et sociaux ;(2) médicinale et thérapeutique, parce que vendue dans des officines d'apothicaires (3) morale et religieuse, car on qualifiait l'ivrognerie de péché. Durant la première période, les ivrognes étaient qualifiés de « *pêcheurs* ». La méthode de traitement consistait à ne pas s'occuper de la maladie alcoolique. À défaut de s'en occuper, une méthode de traitement médical de l'ivrognerie, était de proposer aux personnes ivrognes des boissons distillées.

La deuxième période médicale et scientifique débute à la fin du 18^e siècle. Elle s'étend jusqu'au milieu du 20^e siècle. Durant la deuxième période, on passe du concept d'ivrognerie à celui d'alcoolisme. Avec l'avènement de la société industrielle, les manières de boire vont changer. On assistera à une alcoolisation de plus en plus importante, accessible au plus grand nombre. Au niveau social, le boire « *anémique* » se développe davantage tandis que les boires alimentaire, médicinal, éniyant ou festif diminuent. Au niveau médical, en 1848, apparaît la notion d'alcoolisme. Cette notion fut créée par Magnus Huss, médecin allemand, après avoir constaté les dégâts provoqués par l'intoxication à l'alcool, précisément en Suède. Ce nouveau concept, l'alcoolisme, recouvrira toutes les conséquences de cette maladie, à la fois physiologiques, et psychiques. Dans la seconde moitié du 19^e siècle, en France, on commence à parler : de l'alcoolisme, de l'alcoolique et de la cirrhose²⁵. L'alcool est le fléau, le vice. L'alcoolique est considéré comme la victime du produit, pas encore comme un « *malade* ». En effet, dans le domaine de la prise en charge des personnes alcooliques, les discours restent moralisateurs et stigmatisants. Les malades alcooliques intéressent peu la médecine, à cette époque. La solution pour lutter contre l'alcoolisme était l'abstinence totale et définitive, à l'alcool, de gré ou de force, du malade alcoolique. Cette assertion signifie que, pendant ses

25 Le Vot-Ifrac, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, Collection Inconscient et culture, 1989.

soins, le malade alcoolique ne devait pas boire de l'alcool. Le malade alcoolique était donc abstinente lors de son sevrage. Mais, rien ne prédit que de retour dans son milieu, le malade alcoolique restera abstinente, puisque sa maladie consiste à ne pas avoir la capacité de s'empêcher de boire l'alcool. Par conséquent, l'accompagnement médical à cette époque présente des limites, pour le suivi des soins de la maladie alcoolique.

La troisième période part du milieu du 20^e siècle à nos jours. Au niveau médico-social, une science au carrefour des sciences humaines et médicales naît : l'alcoologie. Elle vient résoudre spécifiquement les problématiques liées à l'usage de l'alcool. Avec cette nouvelle approche, le buveur est véritablement considéré comme un malade. Au niveau social, on déculpabilise le malade alcoolique. Au niveau médical, les objectifs du traitement, à savoir le sevrage et l'abstinence absolue, ne changent pas. Un flou existe toujours au niveau des motifs de traitement : « *Que soigne-t-on : la pathologie alcoolique, son origine, ou les dommages causés ? Qui s'occupe principalement des malades alcooliques : le psychologue, le médecin, le sociologue ou le psychiatre ?* ». Des limites citées ci-dessus, et celles, émises durant la deuxième période concernant l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, perdurent. Pour résoudre cette problématique, les soignants à l'époque ont décidé de s'appuyer sur la volonté participative du malade alcoolique à ses soins, pour le choix de ses objectifs de soins : veut-il réduire sa consommation d'alcool ? veut-il totalement arrêter la consommation de l'alcool ; le malade alcoolique est libre, pour ses objectifs de soins. Dans une continuité de la résolution des limites citées, le concept « *d'accompagnement global* » apparaît en 1973. La maladie alcoolique est certes une pathologie plurifactorielle, mais ses conséquences se manifestent aussi à divers niveaux, notamment : sanitaires et sociaux. Selon l'OMS, la santé est un état « *complet* » de sensation de bien-être de la personne humaine handicapée ou non²⁶. De cette définition, il découle que pour les malades alcooliques, il faut un accompagnement qui prenne en compte tous les besoins des malades alcooliques : médicaux, psychologiques et sociaux.

En 2001, lors de la Conférence de Consensus de la Société Française d'Alcoologie, et en accord avec les Associations d'Aide aux Malades Alcooliques, à la notion « *d'abstinence totale et définitive* » se substitue celle « *d'abstinence durable* ».

²⁶ OMS. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Constitution*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Pour la problématique de l'étude, nous emploierons donc la notion des représentations sociales pour : d'une part, évaluer si les représentations citées dans cette section, existent, ont changé de forme ou ont disparu ; d'autre part, savoir, si elles influencent réellement la prise en charge des malades alcooliques.

2- Les problématiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques en France

Dans cette section, nous allons parler des problématiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques spécifiquement en France. Elles sont de quatre ordres : politique, sanitaire, économique et social.

Au niveau politique, nous allons parler de la complexité qu'a l'État français, de pouvoir établir des politiques en matière de consommation d'alcool. Au niveau sanitaire, nous allons prendre connaissance de toutes les conséquences liées à la maladie alcoolique, en France.

Aux niveaux, économique et social, nous allons évoquer l'influence des différents enjeux liés à l'usage du vin dans la société française, sur les politiques publiques en matière de consommation d'alcool. Par ailleurs, nous allons évoquer le coût lié à l'usage de l'alcool, en France.

Aux niveaux économique et social

Aux niveaux, économique et social, les politiques publiques en matière de consommation d'alcool en France, dont fait partie l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, doivent tenir compte du contexte économique et social de l'usage de l'alcool, en France. En effet, même si, la consommation d'alcool a diminué²⁷, la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne, les plus consommateurs d'alcool. De plus, la France fait partie des premiers producteurs viticoles et consommateurs viticoles, dans le monde. Or le vin, pris à haute dose régulièrement, génère l'alcoolisme. Tout ceci pour dire que, la France possède une

²⁷ OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Synthèse thématique : alcool, en population adulte (18-75 ans)*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/> ; INRS. (Page consultée le 13 mars 2023). *Quelques données chiffrées, alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-chiffrees.html>

En France, le pourcentage des usagers quotidiens est passé de 24% en 1992 à 10%, en 2017.

forte culture de l'alcool, tant au niveau économique, que social. Selon le rapport préparé par Peter Anderson et Ben Baumberg, de la part de l'Institute of Alcohol Studies, la France était le plus grand exportateur de vin, en 2003, dans le monde²⁸. Le Baromètre santé 2014 indique que le vin est la boisson alcoolisée, la plus consommée en France²⁹. En 2018, l'OMS rapporte que la France est l'un des plus grands consommateurs de vin des pays de l'OCDE³⁰. Selon l'OFDT, Selon le Baromètre de Santé publique France 2017, 86, 5% de la population âgée de 18 à 75 ans ont déclaré avoir bu de l'alcool, en 2017³¹. Ces statistiques nous montrent la place de l'alcool dans la société française. Les enjeux de l'usage de l'alcool sont d'un double ordre : économique et social. Au niveau économique, le vin rapporte à l'économie française. Il produit des emplois. Le vin français est exporté dans plusieurs pays. Au niveau social, le vin est un produit très apprécié, parce qu'il fait partie du patrimoine français. Selon Olivier de Serres, agronome français, le vin est : « *le second aliment, après le pain donné par le créateur pour l'entretien de la vie* »³². Cette assertion de Olivier de Serres, nous montre, la place qu'il accorde en tant qu'agronome, mais aussi citoyen français, à l'alcool dans la société française. Le vin occupe une place importante dans la société française. Le vin est apprécié par la population française, pour ses vertus sociales et thérapeutiques. La consommation d'alcool est acceptée par la population, pour ses valeurs de sociabilisation de l'individu et ses valeurs thérapeutiques. C'est même le fait de ne pas boire qui est mal vu en général.

Au niveau social, l'alcool est responsable : d'agressivité verbale, physique, sexuel, comportement à risque sexuel, de conduites à risques, d'accidents de la vie courante,

²⁸ Peter, Anderson, Ben, Baumberg, et Institute of Alcohol Studies, Angleterre (London). *L'alcool en Europe : une approche de santé publique : rapport à la Commission européenne*. Commission européenne (OIL). Luxembourg. (2006, juin), 2002, pages 50-51, [En ligne]. Adresse URL: https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf

²⁹ OFDT . (Page consultée le 13 mars 2023). *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>

³⁰ Santé publique France. (Page consultée le 13 mars 2023). *Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ?*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>

³¹ Idem

³² Bianquis, Isabelle. *L'alcool : Anthropologie d'un objet-frontière*, (Logiques sociales) (French Edition). Éditions L'Harmattan, 2012, p. 11.

d'accidents du travail, d'absentéisme, pour ne citer que ceux-là³³. L'OFDT rapporte qu' : « *En 2021, 652 personnes ont ainsi été tuées dans un accident avec alcool, ...* ³⁴».

Selon l'OFDT, le coût social de l'alcool est estimé à 120 milliards d'euros³⁵.

Pour encadrer la consommation de l'alcool, l'État français met en œuvre une politique publique en matière de consommation de l'alcool. Cette politique vise un double objectif notamment, la prévention et la prise en charge des risques liés à l'usage de l'alcool. Malgré cette volonté préventive de l'État face aux risques liés à la consommation problématique de l'alcool, les enjeux cités ci-dessus, de nature économique et sociale, rendent complexe la définition et la mise en œuvre, de cette dite politique en matière de consommation d'alcool, en général, et en particulier, l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques³⁶.

Au niveau sanitaire

En France, la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac³⁷. L'alcool est responsable du syndrome d'alcoolisation fœtale. Ainsi, en France, entre 2006 et 2013, 3207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale dont pour 452 d'entre eux (soit une naissance par semaine) un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)³⁸.

³³ Institut de recherche et économie de la santé (IRDES). (Page consultée le 30 octobre 2021). *La politique de lutte contre l'alcoolisme en France, Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale*, page 3 [en ligne]. Adresse URL: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf>

³⁴ OFDT. (Page consultée le 13 mars 2023). *Alcool, dommage pour les tiers*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/#haut>

³⁵ OFDT. (Page consultée le 13 mars 2023). *Le coût social des drogues en France*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/resultats/le-cout-social-des-drogues-en-france/>

³⁶ Ministère des solidarités et de la santé. (Page consultée le 03 mai 2022). *Politique de santé publique en matière de consommation d'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/politique-de-sante-publique-en-matiere-de-consommation-d-alcool>

³⁷ Institut de recherche et économie de la santé (IRDES). (Page consultée le 30 octobre 2021). *La politique de lutte contre l'alcoolisme en France, Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale*, [en ligne]. Adresse URL: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf>

³⁸ Santé publique France. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale*, [En ligne]. Adresse URL:

De 2009 à 2015, l'alcool a été respectivement responsable de 49000 et 41 000 décès par an³⁹. Dans 40% des cas, le décès du patient survient avant l'âge de 65 ans. Il faut noter que, selon le site Libération, la proportion des décès attribuables à l'alcool parmi les hommes en France (13%) est supérieure à celle en Suisse (5%), en Italie (3%) et au Danemark (1%). Toujours selon ce site, la proportion des décès attribuables à l'alcool parmi les femmes est plus élevée en France (5%), qu'en Italie (2%) et au Danemark (1%)⁴⁰. Une étude française réalisée auprès de 2 000 consommateurs excessifs hospitalisés a montré que seulement 11% d'entre eux ont un foie en bonne santé ou dit normal⁴¹.

Même si, la consommation d'alcool a diminué, on observe une hausse des usages à risque de l'alcool. Une étude réalisée en 2011 montre que la moitié des jeunes âgés de 17 ans ont pratiqué le binge drinking⁴². Selon l'INSERM⁴³, la consommation quotidienne chez les jeunes est rare, comparée à celle des aînés. 2,3 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans boivent tous les jours de l'alcool, contre 26% chez les 65 à 75 ans. « *L'âge moyen de la première ivresse est de 15,2 ans.* »⁴⁴. Dans la section « *dépassement du nouveau repère* », les résultats du Baromètre Santé

<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/journee-mondiale-du-saf-premieres-estimations-nationales-des-troubles-causes-par-la-consommation-d-alcool-et-une-campagne-nationale>

³⁹ Ministère des solidarités et de la santé. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Politique de santé publique en matière de consommation d'alcool*, [en ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/politique-de-sante-publique-en-matiere-de-consommation-d-alcool>

Richard, Jean-Baptiste, et autres, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. (Page consultée le 30 octobre 2021). *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017*, [En ligne]. Adresse URL : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_1.pdf

⁴⁰ Libération. (Page consultée le 13 mars 2023). *En 2009, l'alcool a causé 49 000 décès en France*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.liberation.fr/societe/2013/03/04/en-2009-l-alcool-a-cause-49-000-deces-en-france-886097/>

⁴¹ INSERM. (Page consultée le 13 mars 2023). *Alcool & Santé, Lutter contre un fardeau à multiples visages*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>

⁴² Le binge drinking correspond à : quatre verres ou plus d'alcool en moins de deux verres pour les filles, et cinq verres ou plus pour les garçons.

⁴³ INSERM. (Page consultée le 13 mars 2023). *Les plus âgés sont les plus gros consommateurs*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/#alcool-et-cancer->

⁴⁴ Santé Publique France. (Page consultée le 13 mars 2023). *La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes*, [En ligne]. Adresse URL : file:///C:/Users/modes/Downloads/17872_inp00010996.pdf

2017 indiquent que la proportion de ceux qui consomment plus de deux verres par jour diminue avec l'âge. En revanche, la proportion de ceux qui dépassent les 5 jours de consommation par semaine, augmente avec l'âge⁴⁵.

Tableau 1-Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en %)

	Ensemble 2014	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Effectifs	n = 13039	n=1809	n=2271	n=3021	n=3048	n=2890	n=6127	n=6912
Alcool	95	92	93	95	97	98	97	94

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT⁴⁶

Le baromètre santé publique France 2017 indique que 86,5% des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir bu de l'alcool en 2017. En 2017, quel que soit l'âge, parmi les hommes qui boivent, 15,2% d'entre eux boivent quotidiennement, contre 5,1% chez les femmes. En 2017, 77,7 % des adolescents âgés de 17 ans déclaraient avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie. En 2017, 44% des adolescents ayant déclaré avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie ont connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours du mois, contre 16,2% pour les 18 à 75 ans (voir le tableau 2 ci-dessus) . L'API est le fait de boire au moins six verres en une occasion⁴⁷.

⁴⁵ Andler, Raphaël , *et al.* (Page consultée le 13 mars 2023). *Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017*. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(10-11):180-7., [En ligne]. Adresse URL: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html

Le nouveau repère en France repère est le suivant : « *Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie : de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ; d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.* ». Mildeca et DGS. Op. Cité Andler Raphaël et al.

⁴⁶ OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>

⁴⁷ Institut de recherche et économie de la santé (IRDES). (Page consultée le 30 octobre 2021). *La politique de lutte contre l'alcoolisme en France, Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale*, page 115, [en ligne]. Adresse URL: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf>

Tableau 2-Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le sexe parmi les 18-75 ans⁴⁸

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois				
Abstinent vie	5,4%	3,9%	6,9%	0,6
Abstinent année	8,1%	6,7%	9,4%	0,7
Moins d'une fois par mois	27,2%	17,7%	36,2%	0,5
Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	19,3%	19,1%	19,5%	1,0
Une à trois fois par semaine	25,0%	29,8%	20,3%	1,5
Quatre à six fois par semaine	5,1%	7,6%	2,6%	2,9
Tous les jours	10,0%	15,2%	5,1%	3,0
Nombre de verres consommés un jour de consommation*	2,3	2,8	1,8	1,6
Nombre de jours de consommation d'alcool / an*	98	129	66	2,0
Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes**				
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,2%	49,6%	21,4%	2,3
Au moins une fois par mois	16,2%	25,2%	7,6%	3,3
Au moins une fois par semaine	4,6%	7,6%	1,6%	4,7
Ivresses**				
Au moins une fois au cours la vie	63,4%	78,5%	49,1%	1,6
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	20,7%	28,6%	13,2%	2,2
Au moins trois fois au cours des 12 derniers mois	9,7%	14,5%	5,1%	2,8
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois	4,1%	6,5%	1,8%	3,6

* Parmi les consommateurs d'alcool dans l'année.

** Les modalités ne sont pas exclusives : 35,2% des 18-75 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année, incluant les 16,2% qui en ont connu tous les mois.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Concernant les conséquences sanitaires, en 2017, des troubles cognitifs ont été observés chez plus de 50% des personnes alcoolo dépendantes⁴⁹.

Une étude publiée en 2015, réalisée par les Professeurs, François Paille et Michel Reynaud, notait que l'alcool était la première cause d'hospitalisation (580000 patients, pour un coût estimé à 2,6 milliards d'euros)⁵⁰. En ce qui concerne l'accompagnement des personnes alcooliques en France, nous avons des données recueillies sur l'évolution des recours aux soins

⁴⁸ Santé publique France. (Page consultée le 13 mars 2023). Article : *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017, résultats, niveaux de consommation d'alcool en 2017 parmi les 18-75 ans*, page 92, [En ligne]. Adresse URL : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_1.pdf

⁴⁹ Société Française d'Alcoologie. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs*, page 338. [En ligne]. Adresse URL: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2014_4_Troubles-COPAAH.pdf ; OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Synthèse thématique : alcool*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>

⁵⁰ Institut de recherche et économie de la santé (IRDES). (Page consultée le 30 octobre 2021). *La politique de lutte contre l'alcoolisme en France, Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale*, page 3, [en ligne]. Adresse URL: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf>

liés à l'alcool, par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)⁵¹. En 2012, l'alcool serait la première cause d'hospitalisation en France⁵². Nous avons 4 catégories de diagnostics : 1) les intoxications aiguës, 2) la dépendance et le sevrage, 3) les effets à long terme de l'alcoolisation et les autres cas.

De 2015 à 2018, le nombre de séjours à l'hôpital, pour 10000 habitants a augmenté. Il est passé de 35,6% à 46,2%. Le nombre de séjours pour intoxication (alcoolisation) aiguë est passé de 71531 à 95847 ; le nombre de cas de dépendance et de sevrage, de « 60906 à 103296 » ; le nombre de séjours pour effets à long terme, a diminué passant de 44626 à 37662. Pour les autres cas, on note en 2018 que les cas de surveillance et de contrôle de l'alcoolisme (6533) sont plus nombreux que les Syndromes d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et les autres symptômes (67).

Dans les hôpitaux, en 2018, parmi les recours aux soins liés à l'alcool, les cas de dépendance et de sevrage occupaient la première place. Nous avons 103316 cas repérés au total, avec des cas de syndrome de dépendance (31166), plus élevés que ceux du syndrome de sevrage, (12464). La seconde place revient aux intoxications aiguës, avec 95847 cas repérés au total. Les effets à long terme de l'alcoolisation (37662) sont en troisième position. Les autres cas (6600) cas sont en dernière position (voir tableau 3)⁵³.

Tableau 3-Répartition des diagnostics alcool en catégories et sous-catégories, code CIM 10 et effectifs⁵⁴

Tableau 4- Répartition des diagnostics alcool en catégories et sous-catégories, code CIM 10 et effectifs Correspondants en 2018

⁵¹ OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018, pages 10 à 12*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

⁵² Santé publique France. (Page consultée le 13 mars 2023). *L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France*, [en ligne]. Adresse URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/l-alcool-une-des-toutes-premieres-causes-d-hospitalisation-en-france>

⁵³ OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018, pages 10 à 12, voir tableau 4 et graphique 12 de la page*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

⁵⁴ Idem.

Catégories de diagnostics	Sous-catégories de diagnostics	Code CIM 10	Nombre de séjours 2018
Intoxication aiguë	Intoxication aiguë sans Complications	F100, F1000	74599
	Intoxication aiguë avec complications	F1001-1007	18053
	Intoxication aiguë, autres	F101, F109, R780, T510, X45, Y907, Y908, Y912-913	3195
Dépendance et sevrage	Syndromes de dépendance	F102-1026	31166
	Syndromes de sevrage	F103-1031, F104-1041	12464
	Sevrage, sauf très courte durée	Z502 -sauf GHM20Z04T	30770
	Sevrage, très courte durée	Z502 - GHM20Z04T	28916
Effet à long terme de l'alcoolisation	Maladies alcooliques du foie	K700-704, 709	19727
	Pancréatite d'origine alcoolique	K852, K860	11022
	Maladies mentales liées à l'alcool	F105-108	4637
	Maladies du système nerveux	G312, G621, G721	1575
	Autres	E244, I426, K292	701
Autres	Conseil et surveillance alcoolisme	Z714	6533
	Syndrome d'alcoolisation fœtale et assimilés	O354, P043, Q860	67

Source : données de l'Agence technique pour l'information hospitalière, exploitation OFDT⁵⁵

Le nombre de personnes vues en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour un problème d'alcool en ambulatoire, de 2010 à 2016, a augmenté passant de 131600 à 141700⁵⁶.

De 2008 à 2017, le nombre de personnes bénéficiant des remboursements dus aux prescriptions pour les médicaments suivants, d'aide au sevrage à l'alcool a littéralement diminué : le

⁵⁵ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018*, page 10, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

⁵⁶ Idem.

disulfirame est passé de 24000 à 17000 ; la naltrexone, de 51000 à 41000 ; et l'acamprosate, de 127000 à 82000. Le nalméfène est un médicament qui a été récemment introduit en 2013. La baisse importante de remboursement pour l'acamprosate s'explique par la mise sur le marché du nalméfène en 2013 (voir tableau 4)⁵⁷.

Tableau 4- Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de médicaments d'aide au sevrage d'alcool, 2008-2018 (régime général uniquement)

Tableau- Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de médicaments d'aide au sevrage d'alcool, 2008-2018 (régime général uniquement)		
	2008	2018
Acamprosate	127000	82000
Naltrexone	51000	41000
Disulram	24000	17000

Source : EGB, exploitation OFDT⁵⁸

Les remboursements pour le baclofène incluent les prescriptions pour affections neurologiques et pour dépendance à l'alcool. De 2008 à 2017, ceux-ci sont passés d'environ 60000 à 179000 avec un pic en 2014, de 207000. La montée ou la baisse de la courbe est due à l'augmentation ou la diminution de la prescription pour dépendances à l'alcool (voir tableau 5).

Tableau 5- Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de baclofène, 2008-2017 (régime général uniquement)⁵⁹

Tableau- Nombre de bénéficiaires de remboursements de prescriptions de baclofène, 2008-2017 (régime		

⁵⁷ OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018*, page 12, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Ibidem.

général uniquement)		
	2008	2017
Baclofène	Environ 60000	179000

Source : CNAM, Échantillon généraliste des bénéficiaires simplifié, exploitation OFDT⁶⁰

Niveau politique

Hormis le contexte social et économique particulier de l'usage de l'alcool en France, il existe une autre problématique liée à l'usage de l'alcool, à savoir la forme de l'accompagnement des malades alcooliques. Nous rappelons que dans la section sur la question des représentations dans la prise en charge des malades alcooliques, les soignants ont finalement opté pour un accompagnement global des malades alcooliques. Cet accompagnement doit-il prendre en compte toutes les problématiques que la maladie alcoolique aurait occasionnées chez les malades alcooliques ? La question est de savoir dans quelle forme d'accompagnement l'Etat se situe : le modèle punitif, réhabilitatif et thérapeutique, restitutif ou restauratif ?

Dans la sociologie de la délinquance, quatre modèles sont donnés en réponse aux comportements déviants. Ce sont : le modèle punitif, le modèle restitutif, le modèle restauratif, le modèle réhabilitatif et thérapeutique. Le modèle punitif, qui correspond à la réponse pénale traditionnelle, de répression des transgressions à l'ordre social où la responsabilité pénale est avant tout conçue comme une responsabilité individuelle. Le modèle réhabilitatif et thérapeutique considère que la personne qui a commis l'acte déviant, est victime de ses conditions de vie ou de troubles pathologiques. Cette personne doit être soutenue et aidée. Par exemple, on peut avoir la réhabilitation de ces personnes par le travail. Elles peuvent aussi bénéficier d'un traitement thérapeutique.

Le modèle restitutif, quant à lui, est orienté vers la réparation du préjudice causé à la victime. Il se caractérise « *par une monétarisation de la réaction pénale et par le recours massif à des techniques de transactions dans des domaines très variés* »⁶¹.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Faget, Jacques. (Page consultée le 13 mars 2023). *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.lien-social.com/Sociologie-de-la-delinquance-et-de-la-justice-penale>

Le modèle restauratif théorisé est basé sur la résolution de conflits opposant des personnes ou des groupes. Ce modèle est basé sur des expériences néo-zélandaises et australiennes. « *La mise en œuvre de programmes de médiation entre dans ce modèle* »⁶².

Les domaines d'intervention se basent sur ces logiques d'intervention. Ils se déclinent en activités, par la suite, pour atteindre les objectifs des modèles ci-dessus.

III- Questionnement et hypothèses

1- Questionnement

La question découlant des problématiques précédentes est de savoir : quelle forme d'accompagnement doit-on adopter pour une meilleure prise en charge des malades alcooliques ? Eu égard à ces chiffres précédemment présentés, et en guise de conclusion de cette section, nous pouvons dire que l'alcoolisme est une maladie qui entraîne des conséquences à plusieurs niveaux : social, sanitaire et économique. Ces conséquences ne touchent pas seulement l'individu, mais elles affectent aussi la société. La stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool s'inspire du plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles. Cette dernière s'appuie d'une part sur des actions internationales concertées et d'autre part sur des politiques et des mesures nationales, inscrites dans le cadre de cette politique internationale. Selon les recommandations de l'OMS, les politiques et mesures nationales visant à réduire l'usage nocif de l'alcool « ... *doivent être fondées sur des bases factuelles, adaptées aux conditions locales et assorties d'objectifs, de stratégies et de cibles clairement définis.* »⁶³. Ainsi, les activités de surveillance, de contrôle de la maladie alcoolique sont indispensables. Les activités de surveillance permettent d'appliquer le plan de suivi, de surveillance et de contrôle des maladies non transmissibles et des facteurs de risque évitables, dont l'alcoolisme. L'analyse des statistiques citées ci-dessus, nous montre qu'il existe une prise en charge particulière pour les malades alcooliques. Cette prise en charge constitue un élément positif à

⁶² Idem.

⁶³ Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44485>

noter. Elle est non négligeable. Nous voyons aussi que le nombre d'intoxications aiguës sans complications est quatre fois plus élevé que celui des intoxications avec complications. La problématique liée à l'usage à risque de l'alcool est une problématique de surveillance, de contrôle, de prévention, sans oublier les politiques d'accompagnements qui doivent se faire en considérant les parcours spécifiques des personnes alcooliques.

Fort de toutes ces problématiques exposées, à savoir la question des représentations dans le traitement des personnes alcooliques, et les conséquences liées à l'usage de l'alcool lui-même, il nous a semblé intéressant d'étudier : « *L'accompagnement médico-social des personnes alcooliques en France* ». Il s'agira pour nous d'analyser les parcours de dépendance et d'abstinence des individus, afin de comprendre comment une personne passe de l'alcoolisme à l'abstinence. Dans ce travail nous nous sommes aussi intéressés à la place accordée par les anciens buveurs guéris à leur réseau d'aide durant leur parcours d'abstinence.

La problématique de cette thèse concerne la compréhension des parcours de dépendance et d'abstinence des personnes alcooliques devenues abstinentes. Notre cible se localise en Auvergne- Rhône- Alpes et en Lorraine. La compréhension de ces parcours s'appuie sur l'analyse des facteurs subjectifs et objectifs recueillis dans le discours de ces personnes. Afin de répondre au mieux à la problématique de notre étude, nous nous sommes posé les questions spécifiques suivantes :

- Quel a été le parcours de dépendance des malades alcooliques abstinentes interviewés ? quel a été leur ancien profil de consommation d'alcool ? À quel âge ont-ils bu leurs premiers verres d'alcool ? Qu'est-ce qui les poussait à continuer à boire de l'alcool ? Quel a été leur parcours de dépendance ? Qu'est-ce que leur entourage a pensé de leur alcoolisme ? Quelle serait la réponse si on leur demandait : Êtes-vous alcoolique ? S'ils devaient mettre un mot sur leur période d'alcoolisation, comment la qualifient-ils ?
- Quel a été le parcours d'abstinence des anciens buveurs guéris interviewés ? Quelles sont les raisons qui les ont poussés à sortir de l'alcoolisme ? Qui les a accompagnés durant cette période ? Qu'est-ce qui leur a permis de rester abstinent durant tout ce temps ? S'ils devaient qualifier leur période d'abstinence, comment la qualifieraient-ils ?

Toutes ces questions nous ont conduits à nous poser la question centrale suivante : comment est-ce qu'une personne alcoolique passe de l'alcoolisme à l'abstinence ? Cette question en appelle une seconde qui est celle de l'accompagnement des personnes alcooliques.

Comme nous l'avons expliqué dans la section sur les problématiques liées à l'usage de l'alcool en France, à la 63e assemblée mondiale de la santé en 2010, l'OMS a adopté une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Cette stratégie s'inspire du plan d'action Mondiale de lutte contre les MNT. C'est pourquoi nous nous proposons d'analyser les parcours de dépendance et d'abstinence des anciens buveurs, dans le cadre du suivi des facteurs modifiables des MNT. Le parcours d'abstinence inclut l'accompagnement social de ces personnes. Il s'agit d'analyser les facteurs sociaux de la dépendance et de l'abstinence des anciens alcooliques. Il s'agit aussi d'analyser le processus d'accompagnement social de ces personnes, en vue de leur insertion.

L'intérêt de ce sujet est d'ordre social. En effet, il nous permet de voir l'accompagnement médico-social qui a été fourni aux anciens buveurs, et de comprendre comment ils s'en sont sortis

2- Hypothèses

Nous partons de l'hypothèse suivante : Au-delà de sa volonté de s'en sortir, pour qu'une personne passe de l'alcoolisme à l'abstinence, il faut qu'il y ait tout un mécanisme qui se mette en place notamment :

- La capacité de l'individu à admettre qu'il est alcoolique,
- Le projet de soins avec ou sans institution,
- Le temps,
- Le réseau d'aide humain, logistique et financier ou matériel.

Ce sont les déclics qui permettent à la personne alcoolique d'entrer en soins à l'aide d'une institution ou sans institution. Sans ces déclics, il ne peut avoir de traitement et il ne peut demander des soins. Car si une personne ne se reconnaît pas malade, comment voudrait-elle se faire soigner ? Le projet de l'abstinence commence et dure « *grâce à l'individu* ». Car s'il n'admet pas qu'il est malade, il ne peut obtenir des résultats pour lesquels il n'a pas véritablement d'envie. Il est indispensable de mettre en place des « *projets de soins* », car ils

permettent de décliner le processus de guérison en plusieurs étapes, de voir à quel niveau du processus de guérison l'individu se trouve, et de voir l'évolution des soins. Les actions du réseau d'aide humain, la logistique et le financement peuvent faciliter ou non le processus vers la guérison. Par exemple, la facilité d'accès aux boissons alcoolisées pourrait rendre plus difficile le processus de guérison d'un individu. Ce sont tous ces facteurs assemblés qui permettent à un individu de passer de l'alcoolisme à l'abstinence.

Notre première hypothèse secondaire est la suivante : il n'existe pas un, « *mais des alcoolismes* »⁶⁴. Ces alcoolismes dépendent de plusieurs facteurs liés à l'individu, au produit, et/ou au contexte de consommation. Chaque malade alcoolique a une histoire singulière concernant sa relation avec l'alcool. Chaque individu qui a vécu son alcoolisme est capable de décrire la place qu'a occupée l'alcool dans sa vie à un moment donné, et la trajectoire particulière de sa consommation d'alcool au cours de sa vie. Cependant, nous avons une variable intermédiaire, qui pourrait s'introduire au niveau de cette hypothèse, à savoir, les symptômes de la maladie alcoolique. En effet, même s'il existe plusieurs alcoolismes, la maladie alcoolique a ses symptômes propres. Ils permettent de la distinguer de toute autre maladie.

Dans la deuxième hypothèse secondaire, nous postulons que la guérison des personnes alcooliques dépendrait de la manière de percevoir leur maladie alcoolique et leur dépendance. En effet, passer de la dépendance à l'abstinence absolue ou non signifie littéralement quitter un état A pour arriver à un état B. Mais si l'on ne reconnaît pas l'endroit où on se trouve, cela exerce à une influence sur les choix que le malade fera dans la vie, et compromettra même son processus de guérison. L'alcoolisme est pour nous une maladie multifactorielle.

Notre troisième hypothèse secondaire par la singularité du parcours de chaque malade alcoolique. Dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des personnes alcooliques, pour que l'accompagnement soit efficace, le suivi des personnes alcooliques devrait dépendre de l'histoire singulière de chaque patient, et non des expériences de personnes déjà traitées. De ce fait, il existe plusieurs formes d'alcoolisme. Donc, soigner une personne alcoolique revient à la soigner avec la spécificité de son parcours en tant qu'individu et non de l'identifier à une

⁶⁴ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 11-12.

autre personne dont on croirait les parcours d'alcoolisation similaires, contrairement à ce que véhiculent les mythes sur l'alcoolisme.

IV- Définition des concepts clés du thème

Notre thème comprend deux notions clés à savoir : l'accompagnement médicosocial et les malades alcooliques.

1- Définition du concept « accompagnement médicosocial »

Concernant la première notion clé, l'accompagnement, mais de façon générale, selon Henri Dorvil et Robert Mayer, tous deux travailleurs sociaux et professeurs à l'école de service social de Montréal, l'analyse des problèmes dans la société est au cœur tant de la recherche sociale que de l'intervention sociale pragmatique⁶⁵. Il faut noter que l'accompagnement médicosocial est composé de deux termes : accompagnement et médicosocial. Concernant le premier terme, l'accompagnement, il existe un véritable problème à donner une définition claire précise à l'accompagnement parce que l'accompagnement, nous le verrons un peu plus loin, dans notre explication, engage une multiplicité d'intervenants, dans des domaines différents et employant des méthodes différentes. D'emblée, selon le dictionnaire Larousse, l'accompagnement est un nom masculin qui signifie l'action d'accompagner quelqu'un dans ses déplacements⁶⁶; travail de l'accompagnateur. Sa racine latine est *ad*, qui signifie le mouvement et *cum panis*, qui signifie avec pain. Étymologiquement parlant, le verbe accompagner signifie faire le mouvement avec le pain⁶⁷. L'accompagnement signifie donc, de sa définition étymologique, le fait de réaliser un mouvement avec une ou plusieurs personnes. De façon pragmatique, ce sera pour un accompagnant, dans n'importe quel domaine, le fait non pas de

⁶⁵ Dorvil, Henri et Robert, Mayer. (Page consultée le 23 avril 2022). *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies. Présentation de la première partie: "Les approches théoriques"*, pp. 15-29. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, 2001, 592 pp. Collection: *Problèmes sociaux et interventions sociales*. ?, [En ligne]. Adresse URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/approches_theoriques/approches_theoriques.html

⁶⁶ Larousse. (Page consultée le 2 avril 2023). Accompagnement, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnement/469>

⁶⁷ Revue française de service social. (Page consultée le 2 avril 2023). *Responsabilité professionnelle et accompagnement social*, N° 223/224, 2007-1, *La Revue Française de Service Social*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.anas.fr/attachment/2046819/>

« *faire à la place de la personne* », ce qu'elle a à réaliser comme tâche ou activité, mais le fait d'être, par sa présence auprès de la personne, à la fois un soutien moral et physique, durant les tâches, les activités qu'elle a à accomplir. Ce sera par exemple pour un accompagnant d'étudiant en situation de handicap le fait de : l'accompagner dans ses déplacements à l'université, sans le soulever comme un enfant ; prendre les notes d'un cours tout au long de l'année pour celui-ci, et/ ou le surveiller durant ses épreuves pour qu'il ne dépasse pas le temps prévu, sans lui imposer sa compréhension personnelle des cours et composer à sa place, c'est-à-dire faire ses devoirs pour lui. Les activités de l'accompagnant varient en fonction de la personne à accompagner. Il faut préciser que l'autonomie et l'intimité des personnes à accompagner, font partie des éléments à respecter dans la déontologie du travail social, afin de préserver la dignité et l'intégrité des personnes accompagnées. Il faut aussi préciser que le fait qu'une personne accompagne une autre personne ne veut pas dire que celle-ci ne pouvait pas le faire sans elle. Il faut plutôt comprendre que n'eut été la présence de l'accompagnant, il aurait été plus laborieux d'accomplir ladite tâche ou activité. Ensuite, le vocable « *accompagnement* » renvoie également au terme de compagnon, qui est utilisé pour signifier les liens de proximité entre des personnes. En espagnol, il dérive aussi de cette racine, le mot « *compartir* » qui veut dire partager. Accompagnant et accompagné partagent le pain, et font côte à côte, ensemble, un bout de chemin. D'autres individus pour parler de l'accompagnement emploieront souvent les termes de : soutien, aide, ou relation d'aide. Dans le dictionnaire, on trouve plusieurs locutions verbales synonymes de l'accompagnement qui sont : l'appui, l'aide, le soutien, le secours, la coopération, l'assistance et le concours. Alors que tous ces termes se superposent et sont utilisés parfois de façon indifférenciée, leur moment d'apparition traduit souvent des courants essentiels de la société et les problématiques de certaines époques. Par exemple, le mot accompagnement est récent et apparaît entre 1985 et 1995, dans le travail social, le milieu associatif, luttant contre l'exclusion, pour désigner, l'action des bénévoles auprès de personnes en grande difficulté⁶⁸. Enfin, dans l'ouvrage relation d'aide, Claudine Brissonet nous montre dans son article portant sur la définition du concept d'accompagnement, que ce terme est aussi abstrait que son champ

⁶⁸ Revue Française de Service social. (Page consultée le 2 avril 2023). *L'accompagnement : une fonction du travail social*, Cristina de Robertis, [En ligne]. Adresse URL: https://travail-social.com/spip.php?page=imprimer&id_article=533

d'interprétation. En effet, il existe l'accompagnement pédagogique où des enseignants aident leurs élèves à progresser dans leurs matières ; il y'a l'accompagnement juridique ou des spécialistes en droit conseillent des individus en vue de faire aboutir leurs démarches administratives ; il y'a l'accompagnement social réalisé par les assistants sociaux, qui est différent de celui réalisé par les sociologues. En médecine aussi, on parle d'accompagnement des mourants. Par conséquent, l'accompagnement existe dans presque toutes les fibres professionnelles et parfois même non professionnelles, l'accompagnement marital. L'accompagnement se définit aussi comme étant l'action de jouer une partie musicale de soutien à la partie principale⁶⁹. Dans notre étude, nous utiliserons le terme accompagnement pour évoquer tout ce qui est fait en soutien par rapport à la prise en charge des personnes alcooliques. Selon le lexique des termes sanitaires et sociaux, « *L'accompagnement social est le soutien matériel et moral apporté, par un travailleur social, à une personne en difficulté sociale afin de l'aider à se réinsérer dans la société. Par exemple, on a l'accompagnement social pour accéder aux soins, à une formation* »⁷⁰. Retenons que l'accompagnement est l'ensemble des interventions proposées à une population cible, en vue de résoudre une problématique particulière. Dans notre cas, la population cible, ce sont les malades alcooliques abstinents. Il s'agira pour nous durant cette étude, de recenser toutes les interventions et les intervenants dans la prise en charge et la réinsertion de ces derniers, dans les structures que nous aurons choisies en France.

Nous passons à la définition du second terme : médicosocial. Médico-social est aussi un terme composé : du préfixe médico et de l'adjectif social, tous deux liés par un trait d'union. L'adjectif médico-social signifiera littéralement, qui relève à la fois du domaine médical et du domaine social. Des définitions des termes accompagnement et médico-social, nous pouvons dire que l'accompagnement médico-social est un accompagnement qui se fera dans deux domaines : le domaine médical et le domaine social. Étant donné que notre population cible, ce sont les buveurs guéris, il s'agira pour nous durant cette étude, de recenser toutes les interventions et

⁶⁹ Françoise Gérardin et autres. *Le robert dictionnaire pratique de la langue française*, Éditions France Loisirs Paris, 2002, p. 12.

⁷⁰ Barrès, Régine, Anne-Marie, Henrich, et Rivaud, Danièle. *Lexique des termes sanitaires et sociaux*, Éditions Foucher, Vanves, 2010, p. 7.

les intervenants dans la prise en charge et la réinsertion des malades alcooliques abstinentes, dans le domaine médical et le domaine social, en France.

2- Définition du concept malade alcoolique

Littéralement, une personne alcoolique est une personne atteinte d'alcoolisme ou qui souffre d'alcoolisme. Qu'est-ce que l'alcoolisme ? Selon la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS, l'alcoolisme figure parmi les troubles mentaux et de comportements dus à l'usage de substances psychoactives. L'alcoolisme y est décrit comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques qui se développent après l'usage répété de l'alcool et se caractérisent typiquement par un désir intense de consommer l'alcool, des difficultés de contrôler la consommation, la persistance dans la consommation malgré des conséquences nuisibles, une priorité donnée à la consommation par rapport à d'autres activités et obligations, une tolérance accrue à la substance et parfois un état de manque physique. Pour emprunter les mots de l'OMS, l'alcoolisme est une maladie progressive (on ne l'attrape pas d'un jour à l'autre comme un virus ; elle n'est pas génétique, non plus), qui peut devenir chronique (en raison d'une accoutumance et d'une plus grande tolérance au produit). Ici, c'est l'aspect progressif de la maladie qui est mis en évidence. Tout comme la toxicomanie, l'alcoolisme est une addiction. Pour reprendre la célèbre formule du docteur Claude Olievenstein, il ne pourrait pas avoir alcoolisme d'individu, si ce dernier ne fait pas la rencontre de l'alcool, à un moment donné de son histoire. Selon Dr Fouquet (1951), « *est alcoolique tout homme (ou femme) qui a en fait, perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool* », ce qui justifie un accompagnement thérapeutique . La définition de l'alcoolisme peut mettre en évidence la nuisance qu'entraîne l'alcool sur l'individu et sur la société. La définition proposée par le professeur américain Elvin Morton Jellinek l'illustre bien: « *est alcoolique tout individu dont la consommation de boissons alcoolisées peut nuire à lui-même, à la société ou aux deux* » . La D'autres définitions de l'alcoolisme peuvent mettre en exergue le seuil, pour une consommation responsable de l'alcool. Par exemple, nous avons la définition quantitative de l'alcoolisme de Martha Sanchez Craig, docteur en psychologie et biologie. Selon elle, la consommation de l'alcool serait normale lorsqu'elle est de 4 verres d'alcool, 3 fois par semaine; sachant qu'un verre correspond à 10 g d'alcool.

Dans notre thèse, nous parlons de malade alcoolique abstinent. Le terme, malade alcoolique abstinent est aussi un terme technique utilisé couramment, dans le domaine de l'alcoologie, et en particulier, dans les associations avec lesquelles nous avons travaillé. C'est une expression toute faite, qui existe dans ce domaine. Elle est utilisée pour désigner : des personnes atteintes d'alcoolisme, qui considèrent qu'elles ne sont pas guéries de l'alcoolisme, qu'elles sont toujours malades alcooliques, mais qui ont fait un choix libre d'« *acceptation de l'abstinence comme un nouveau mode de vie...* », dans la société⁷¹.

V- Cadre méthodologique de l'étude

1-Population de l'étude et construction de l'échantillon

Pour participer à l'étude, nous avons plusieurs critères d'inclusion de participation à l'étude, notamment : 1) pour les malades alcooliques : être un malade alcoolique abstinent, homme ou femme, d'au moins quatre ans d'abstinence, résidant en France ; 2) et pour les accompagnants des malades alcooliques dans le domaine médicosocial : être un intervenant, (peu importe la qualité : professionnel, bénévole, chercheur scientifique) exerçant dans le champ de l'accompagnement et de la réinsertion des malades alcooliques, résidant en France. Ainsi, nous avons interviewé au total : quarante malades alcooliques abstinentes, en Auvergne- Rhône-Alpes et en Lorraine, et douze intervenants exerçant dans le domaine de l'accompagnement et la réinsertion des personnes alcooliques, sur ces régions et dans le Val d'Oise (N=12). Finalement, nous avons retenu trente-sept malades alcooliques abstinentes, pour l'analyse de l'enquête, par rapport aux critères d'inclusion de participation, parce que nous nous sommes aperçus dans la retranscription des entretiens, que trois d'entre les malades alcooliques abstinentes interviewés avaient moins de quatre ans d'abstinence. Concernant les profils des personnes interrogées, sur les trente-sept malades alcooliques abstinentes retenus (N=37), par rapport aux critères d'inclusion de la participation à l'étude, vingt-huit sont des hommes et neuf sont des femmes. Parmi les intervenants interrogés, nous avons : un psychiatre, une conseillère en économie sociale, un médecin-cadre, un médecin addictologue, un professeur, une psychologue, un

⁷¹ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 14.

médecin généraliste, quatre responsables des associations d'entraide de malades alcooliques et un président d'un groupement d'associations d'entraide de malades alcooliques.

V- Cadre méthodologique de l'étude

Pour la méthodologie en général (l'échantillonnage, le choix des méthodes de collecte d'informations, les méthodes d'analyse d'information), nous nous sommes appuyés sur le manuel de Raymond Quivy Campenhoudt, pour mener à bien notre recherche⁷².

1- Population de l'étude et construction de l'échantillon

Pour participer à l'étude, nous avons plusieurs critères d'inclusion de participation, notamment : 1) pour les malades alcooliques : être un malade alcoolique abstinente, homme ou femme, d'au moins quatre ans d'abstinence, résidant en France ;

2) et pour les accompagnants des malades alcooliques dans le domaine médicosocial : être un intervenant, (peu importe la qualité : professionnel, bénévole, chercheur scientifique) exerçant dans le champ de l'accompagnement et de la réinsertion des malades alcooliques, résidant en France. Ainsi, nous avons interviewé au total : quarante malades alcooliques abstinentes (N=40), en Auvergne- Rhône- Alpes et en Lorraine, et douze intervenants exerçant dans le domaine de l'accompagnement et la réinsertion des personnes alcooliques, sur ces régions et dans le Val d'Oise (N=12). Finalement, nous avons retenu trente-sept malades alcooliques abstinentes, pour l'analyse de l'enquête, par rapport aux critères d'inclusion de participation, parce que nous nous sommes aperçus dans la retranscription des entretiens, que trois d'entre les malades alcooliques abstinentes interviewés avaient moins de quatre ans d'abstinence. Concernant les profils des personnes interrogées, sur les trente-sept malades alcooliques abstinentes retenus (N=37), par rapport aux critères d'inclusion de la participation à l'étude, vingt-huit sont des hommes et neuf sont des femmes. Parmi les intervenants interrogés, nous avons : un psychiatre, une conseillère en économie sociale, un médecin-cadre, un médecin addictologue, un professeur, une psychologue, un médecin généraliste, quatre responsables des associations d'entraide de malades alcooliques et un président d'un groupement d'associations d'entraide de malades alcooliques.

⁷² Campenhoudt, Luc, Van, et autres. *Manuel de recherche en sciences sociales* - 5e éd. Dunod, 2017.

2- Mode de recueil des données et utilisation du matériau

Dans cette partie nous exposerons d'abord nos méthodes et techniques de collecte de données ; ensuite le déroulement de l'étude ; enfin les techniques de dépouillement et d'analyse des données.

2.1-Méthodes de collecte d'informations

Selon Madeleine Grawitz (1993), la méthode est « *une démarche intellectuelle qui permet la découverte d'un aspect de la vérité, d'une réponse à une question que se pose l'esprit humain pour parvenir à l'explication d'un fait social considéré comme objet d'étude*⁷³ ».

Pour répondre à nos questions de recherches, nous avons opté pour une méthode à la fois qualitative et quantitative : à travers des entretiens semi-directifs, et quantitative à travers l'utilisation de questionnaires. Notre objectif est de recueillir des données de type quantitatif et qualitatif, portant respectivement sur : les profils sociodémographiques des malades alcooliques abstinents, les caractéristiques des structures des intervenants interviewées, les parcours d'abstinence et de dépendance des malades alcooliques abstinents interviewés, et la relation des intervenants interviewés avec les personnes en difficultés avec l'alcool.

2.2-Techniques de collecte d'informations

Plusieurs techniques nous ont permis de collecter les données sur le terrain. Entre autres, nous avons : l'observation, la recherche documentaire et les interviews composées d'une partie questionnaire et d'une partie entretien.

2.2.1-Observation

L'observation permet au chercheur de s'imprégner des réalités du milieu social qu'il veut explorer. L'observation dans les réunions des associations d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool, nous a permis de mieux comprendre les parcours de dépendance et d'abstinence des malades alcooliques abstinents interviewés.

⁷³ Grawitz, Madeleine. *Méthode, Dans Lexique des sciences sociales*, Dalloz, Paris, 2004, p. 274.

2.2.2-Recherche documentaire

La recherche documentaire s'est faite en deux étapes. La première étape nous a conduits à exploiter des ouvrages méthodologiques généraux. Ces ouvrages nous ont permis de comprendre les différentes étapes nécessaires à la rédaction d'un ouvrage scientifique de bonne qualité. Ensuite, nous avons lu des ouvrages de méthodologies spécifiques. Ils nous ont permis de comprendre les enjeux de la rédaction d'une thèse. La deuxième étape nous a conduits à rechercher des ouvrages présentant des repères théoriques. Ces ouvrages traitaient : des notions clés du sujet d'étude à savoir l'accompagnement médico-social et les malades alcooliques, des deux axes de notre problématique : la question des représentations sociales dans l'accompagnement médico-social des personnes alcooliques et les problématiques liées à l'accompagnement médico-social des malades alcooliques en France.

Il faut souligner que ces documents consultés ont été d'un apport considérable quant à la rédaction de la problématique et de la construction de l'objet d'étude.

2.2.3-Questionnaires

Un questionnaire individuel adressé aux malades alcooliques abstinents et à chacune des structures professionnelles nous a permis d'identifier les caractéristiques sociodémographiques et les profils des malades alcooliques abstinents. L'identification des caractéristiques sociodémographiques portait sur : le sexe, l'âge, la profession, la situation professionnelle actuelle, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, la religion, la nationalité, et le niveau d'étude. L'identification du profil a consisté à recenser pour chaque malade alcoolique abstinents interviewé : à quel âge il avait pris son premier verre et le nombre d'années de dépendance à l'alcool. Nous avons aussi adressé un questionnaire aux structures qui s'occupent des malades alcooliques pour collecter des renseignements sur elles : leur dénomination, leur localisation, leur date de création, leurs missions, leurs activités en direction des personnes alcooliques et leurs besoins en matière de prévention et de prise en charge des personnes alcooliques.

2.2.4-Interviews

Dans le but de laisser la latitude aux malades alcooliques abstinents, aux professionnels et responsables dans le domaine de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques, de s'exprimer sur les questions posées, nous avons opté pour des entretiens semi-directifs. Pour réaliser ces entretiens, nous nous sommes munis d'un téléphone portable à enregistreur de son, possédant une fonction dictaphone. Cet outil nous a permis de recueillir l'essentiel des propos des personnes, lors des entretiens. En plus du téléphone portable, nous notions aussi dans des documents Word toutes les observations et les informations, que nous trouvions importantes pour l'analyse des résultats.

2.3-Déroulement de l'étude

L'enquête s'est déroulée du 15 novembre 2017 au 24 juin 2019, avec différentes structures d'aide de personnes alcooliques à Metz, Lyon, Saint-Étienne, Yutz, Nancy et Thionville et différents intervenants à Metz, Nancy, Lyon, Thionville et Puisieux-En-France.

Avant de commencer les entretiens, nous prenons le soin d'informer les participants sur l'objectif de la recherche, le caractère non obligatoire de la participation et la confidentialité des informations recueillies. Cette étape avait principalement pour but de mettre les répondants en confiance en insistant sur la confidentialité des interviews.

Ensuite, après avoir obtenu leur consentement éclairé, nous leur administrions successivement le questionnaire et le guide d'entretien. Nous avons enregistré tous les entretiens dans un téléphone portable avec leur consentement. La durée des entretiens variait entre onze minutes et deux heures.

2.4-Techniques de dépouillement et d'analyse des données

Les données qualitatives issues des questionnaires et des guides d'entretien feront respectivement l'objet d'un traitement manuel selon les étapes suivantes :

- la création d'une base ou matrice sur Excel et sur le logiciel NVIVO,
- la transcription des interviews au moyen : du site internet Recordense, de la dictée vocale avec le portable ou l'ordinateur,
- et la thématisation des données grâce à l'analyse thématique et de contenu des entretiens, ainsi que l'analyse quantitative des informations issues des questionnaires.

V-Conditions sociales de l'enquête

Il faut noter que durant l'étude, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés essentiellement liées : à la culture de l'enquêteur, la Plasticité et l'adaptabilité de l'environnement⁷⁴.

1- Culture de l'enquêteur

Au niveau méthodologique, nous avons déjà mené une étude auprès de toxicomanes à la Croix bleue de Williamsville en Côte d'Ivoire, ce qui était un plus pour aborder la thématique de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques abstinents en Lorraine et en Auvergne-Rhône-Alpes. Au départ, ce n'était pas facile d'obtenir des interviews de malades alcooliques abstinents. Mais, nous avons opté pour l'échantillonnage par boule de neige qui nous a permis d'identifier des participants ainsi que des professionnels à interviewer pour l'étude. Nous avons aussi dû revoir à plusieurs reprises notre méthodologie de rédaction de la thèse à travers l'amélioration de notre écriture.

À propos du matériel de l'étude, nous rappelons que celui-ci comprend les guides d'entretien et questionnaires imprimés à l'Université de Metz [Nous devons adresser ce matériel aux malades alcooliques abstinents, aux responsables et professionnels exerçant dans l'accompagnement et la réinsertion des malades alcooliques], un dictaphone personnel pour enregistrer les entretiens, ainsi qu'un ordinateur emprunté à l'Université de Metz pour mener notre travail de recherche ; Au cours de l'année 2018, en revenant d'un voyage d'études, nous avons égaré notre valise contenant l'ordinateur de l'université, notre dictaphone, et nos informations collectées. Le fruit d'entretiens réalisés jusqu'au 1er juillet 2018 venait de s'évaporer, du moins partiellement.

Grâce aux sauvegardes réalisées sur Google drive et par courriel, nous avons pu et dû reprendre une partie de l'enquête et recontacter des personnes que nous avons déjà interviewées. Cette situation nous fit perdre du temps. En conséquence, nous avons dû rallonger le chronogramme, revoir les délais que nous nous étions initialement fixés.

⁷⁴ Zask, Joëlle. (Page consultée le 12 mars 2023). *L'enquête et ses obstacles. Recherche & formation*, 92, 83-94., [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.5721>.

À propos des moyens financiers, nous étions doctorante sans financement, c'est-à-dire aucun budget prévu. Pour les frais de vie, nous étions financés par la famille. Pour le financement de la thèse, nous avons choisi nos fonds propres (salaire) et des dons perçus. À deux reprises, de la part du Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales (2L2S) et des écoles doctorales Fernand-Braudel, et Sociétés, Langages, Temps, Connaissances (SLTC), nous avons bénéficié de l'aide à la mobilité (remboursement des frais sur la base des dépenses réalisées). Le choix d'un doctorat sans financement, a eu pour conséquence, la réduction du temps de travail accordé à la recherche, notamment le temps consacré à la rédaction de la thèse, la participation aux formations de l'Université et aux activités proposées par l'Université, l'impossibilité de se déplacer parfois pour rencontrer les personnes malgré notre volonté, la lenteur dans l'avancement de nos travaux de recherche.

2-Plasticité et adaptabilité de l'environnement

Concernant la disponibilité des malades alcooliques abstinents, nous devons préalablement prendre contact avec le responsable de l'association d'entraide aux malades alcooliques abstinents, sachant que la disponibilité des malades alcooliques est tributaire des contacts avec le ou les responsables de ladite association d'entraide aux malades alcooliques abstinents. À ce niveau, les problématiques récurrentes étaient les suivantes :

Nous n'avions pas le droit d'assister aux réunions fermées. Certaines structures tenaient des réunions ouvertes et fermées.

Pour obtenir un rendez-vous, nous attendions parfois une semaine à quatre mois après une première participation à la réunion avec l'association d'entraide.

Toutefois, il faut souligner que nous avons surmonté toutes ces difficultés à force de persévérance et de détermination, avec l'appui et l'assistance de notre cher Maître, grâce à ses conseils avisés, afin de présenter la présente thèse, le fruit de nos travaux.

VI- Annonce du plan

Pour répondre à notre question principale, nous diviserons notre travail en trois parties. Après une introduction générale du travail de recherche, dans une première partie, nous verrons : l'histoire de l'alcool dans le monde, de façon générale (évolution de l'alcool depuis son origine

jusqu'à nos jours) ; et l'histoire de l'alcool en France ; nous parlerons de comment est-ce qu'on devient malade alcoolique. Nous parlerons de la sociologie du risque et de la déviance. Une deuxième partie sera consacrée à la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête. Dans notre troisième partie, nous parlerons de la sociologie de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques. Dans cette troisième partie, nous parlerons des théories dans l'accompagnement. Nous parlerons beaucoup des pratiques existant sur le terrain et recensées à la fois dans les discours des intervenants et des malades alcooliques abstinents dans le domaine de l'accompagnement social des malades alcooliques. Dans la conclusion générale, nous ferons un résumé de toute la thèse, ainsi que des recommandations en vue de l'amélioration de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques.

PREMIÈRE PARTIE DE L'ÉTUDE : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Introduction du cadre théorique de l'étude

Selon Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, « *Tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent ou l'influencent* ». En d'autres termes, tout travail de recherche scientifique et rigoureux nécessite une exploration de la plupart des travaux antécédents, portant sur le thème de la recherche. Ainsi, il nous a fallu explorer plusieurs ouvrages, en rapport avec les termes clés de notre thème, qui sont l'accompagnement médicosocial, et les malades alcooliques. Le but de cette exploration d'ouvrages se rapportant aux termes clés de notre thème, est de produire des connaissances scientifiques objectives. La question spécifique autour de laquelle s'articule la première partie de l'étude est la suivante : qui sont les malades alcooliques ?

De la lecture des ouvrages se dégagent quatre chapitres encadrant cette thèse :

Chapitre 1- L'approche sociohistorique de l'alcool et de l'alcoolisme ;

Chapitre 2- Les approches sociologiques de la déviance et du risque ;

Chapitre 3- Comprendre la maladie alcoolique : comment on devient malade alcoolique ?

Chapitre 4- Et les représentations sociales sur l'alcool, l'alcoolisme et le malade alcoolique.

CHAPITRE I : APPROCHE SOCIOHISTORIQUE DE L'ALCOOL ET DE L'ALCOOLISME

Introduction

Dans ce chapitre, nous relaterons l'histoire de l'alcool et de l'alcoolisme, c'est-à-dire l'ensemble des événements passés se rapportant à l'alcool et la maladie alcoolique, ainsi que les évolutions de ces deux phénomènes, dans le monde. La question spécifique autour de laquelle s'articule ce chapitre est la suivante : qui sont les malades alcooliques ? Pour ce faire, nous avons besoin de connaître le produit à l'origine de la souffrance des malades alcooliques, ainsi que la maladie dont les personnes alcooliques souffrent. Nous choisissons l'approche sociohistorique parce que nous pensons que connaître l'histoire de l'alcool et de la maladie alcoolique, dans le monde en général et en France, en particulier, pourrait nous permettre de mieux comprendre l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

Ce chapitre comprend deux sections qui sont : l'histoire de l'alcool et de la maladie alcoolique, dans le monde en général, et en France, en particulier.

I- Histoire de l'alcool en général

Dans cette section, nous parlons de comment l'alcool a évolué depuis sa découverte jusqu'à aujourd'hui, dans le monde de façon générale. Cette section se divise en trois sous-sections qui sont :

- La découverte de l'alcool, l'expansion et sa commercialisation ;
- La consommation de l'alcool : l'alcoolisation, l'ivresse, l'ivrognerie, l'alcoolisme ou la maladie alcoolique ;
- Et les divers emplois de l'alcool dans l'histoire.

1- Découverte de l'alcool, expansion et commercialisation

L'intérêt de cette section est de savoir l'origine de l'alcool, qui sont les personnes qui ont découvert l'alcool et comment l'alcool s'est étendu dans le monde entier.

Les écrits nous montrent que la consommation de l'alcool dans le monde remonte à la préhistoire⁷⁵. En effet, il y a dix millions d'années l'alcool existait déjà⁷⁶. Par exemple, nous avons l'obtention de l'alcool par : une noix de coco avec l'eau de pluie, des grains de riz laissés à l'air libre, une bouillie de maïs⁷⁷ laissée à l'air libre, et la fermentation de plantes sauvages ou cultivées⁷⁸. Une étude du généticien américain Matthew Carrigan montre qu'à cette période, les hommes se nourrissaient parfois de fruits tombés au sol. Certains de ces fruits qui étaient souvent fermentés aidaient les hommes à mieux stocker les graisses ou à mieux digérer. Ces fruits fermentés contenaient de l'alcool. Notons que le miel fournit au monde le premier éthanol buvable : l'hydromel consommé en occident et dans l'ancien continent.

Ensuite, l'alcool a évolué dans la société pour être fabriqué et commercialisé. Cela date de la période néolithique, c'est-à-dire de 6000 ans à 2200 ans avant notre ère⁷⁹. En effet, au néolithique, période marquée par l'agriculture et l'élevage, la vente des bières dans l'ancienne Égypte, précisément en Mésopotamie⁸⁰, existait. Elle se faisait dans des tavernes⁸¹. Depuis sa découverte, on a employé l'alcool de diverses manières : comme aliment ou comme médicament, appliqué en usage interne ou externe, selon les besoins des individus qui le consomment. Alors, toutes les sociétés continuent de produire, de consommer et de vendre

⁷⁵ 20 Minutes. (Page consultée le 3 février 2019). *Comment l'alcool aurait contribué à l'évolution de l'Homme*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.20minutes.fr/sciences/2064679-20170509-comment-alcool-contribue-evolution-homme>

⁷⁶ Idem

⁷⁷ Le Vot-Ifrac, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, 1989, p. 15.

⁷⁸ Fouquet, Pierre, et Martine, De Borde. *Histoire de l'alcool*, PUF, Que sais-je ? 1990.

⁷⁹ Institut national de recherches archéologiques préventives. (Page consultée le 13 mars 2023). *Chronologie générale*, [En ligne] Adresse URL : <https://frise-chronologique.inrap.fr/>

⁸⁰ Amal, Benlhassan. *Défaillance et déficience narcissiques : étude clinique comparative de sujets alcooliques et néphaliques (Thèse de doctorat en psychologie clinique)*, Université de Picardie Jules Verne. Faculté de de philosophie, sciences humaines et sociales, 2014, p. 27.

Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 15.

Fouquet, Pierre, et Martine, De Borde. *Histoire de l'alcool*, PUF, Que sais-je ? 1990, p. 8-9.

⁸¹ Educ'alcool. (Page consultée le 3 février 2019). *L'alcool*, [En ligne] Adresse URL : https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2019/09/L_alcool_NCU-3.pdf

l'alcool. On commença à utiliser l'alcool comme médicament il y a 3000 ans. À cette période, les Grecs et les Égyptiens faisaient le commerce du vin et de la bière. Les Égyptiens utilisaient la bière à des fins médicinales⁸².

Il y a un peu plus de 2000 ans, les Romains parlaient des méfaits de l'utilisation de l'alcool. Ils évoquaient la dépendance provoquée par la consommation nocive de l'alcool⁸³. Aussi, l'alcool a été considéré depuis sa découverte comme ayant un côté « sacré », parce qu'il mettrait les individus en contact avec le divin. L'alcool est associé à des pratiques religieuses⁸⁴. De ce fait, la société a toujours voulu la consommation de l'alcool libre, pour deux raisons principales : d'une part, parce qu'à l'origine l'alcool provient de la découverte de la nature par l'homme ; et d'autre part, parce que l'alcool est utilisé au cours des rites, des repas, à des fins thérapeutiques et/ou sociales. La volonté que la consommation de l'alcool soit modérée est issue de la découverte des méfaits de son utilisation⁸⁵. Malgré ces méfaits, la fabrication de nouvelles boissons alcoolisées et leur consommation continuent. Par exemple, les Grecs buvaient de l'hydromel lorsqu'ils cultivèrent la vigne venue du Caucase vers 1000 ans avant Jésus-Christ. Quant à l'expansion de la vigne d'un endroit à un autre, elle s'est faite dans le souci de rapprocher les zones viticoles des grandes voies de communication. Le vin s'étendit en même temps que le christianisme en Europe occidentale. En effet, les colonies aimaient bien le vin. Au moyen âge, du 6^e au 8^e siècle, le vignoble s'étendit dans toute la Gaule, jusqu'aux vallées de la Meuse, dans la Moselle et au-delà de la Manche. Au 6^e siècle, le vin remplace la cervoise, rappelant les ivresses des membres du clergé. Au premier siècle de notre ère, le trafic diminua en Italie, pour s'étendre vers la Loire, la mer du Nord et la Germanie. Les peuples germaniques, francs, saxons ou scandinaves consommaient d'abord l'hydromel, puis la bière d'orge, puis le houblon à partir du 9^e siècle. Concernant le commerce des boissons alcooliques, les crises de mévente sont rares dans le commerce du vin. Les crises de mévente permettent d'innover de

⁸² Fouquet, Pierre, et Martine, De Borde. *Histoire de l'alcool*, PUF, Que sais-je ?1990, p. 10.

⁸³ Idem

⁸⁴ Lecoutre, Matthieu. *Ivresse et ivrognerie dans la France moderne (XVI^eme -XVIII^eme siècles)*, Université de Bourgogne, 2010.

⁸⁵ Amal, Benhassan. *Défaillance et déficience narcissiques : étude clinique comparative de sujets alcooliques et néphaliques* (Thèse de doctorat en psychologie clinique), Université de Picardie Jules Verne. Faculté de philosophie, sciences humaines et sociales, 2014.

nouvelles méthodes de commercialisation des boissons alcoolisées. Par exemple, après la peste de 1358-1360, la rareté de la main-d'œuvre fit augmenter les salaires des ouvriers. Les produits agricoles devinrent chers. Les cépages, un type de plant de vigne, se diversifièrent, grâce à la créativité des vignerons. Jusqu'au 15^e siècle, en France, les princes, les bourgeois, et même les citadins possédaient quelques hectares de vigne. Les monastères, les évêques, les curés et les moines en possédaient aussi.

Tout le monde cultivait la vigne. Du 6^e au 14^e siècle, tout le monde consommait le vin. Les meilleurs tonneaux appartenaient aux souverains et aux pays du Nord ; les bourgeois buvaient les vins les plus courants, les vignerons, leur piquette. Pour ceux qui n'avaient pas de vigne, en l'occurrence, les paysans, ils ne buvaient que de l'eau. À travers les assertions précédentes, nous constatons que la France possède une culture de consommation de vin. À partir du 14^e siècle, le développement des villes accroît le nombre de consommateurs d'alcool. La consommation du vin ne faiblit pas, et le nombre des buveurs excessifs augmente. La demande de vin en provenance des milieux populaires augmente. Les producteurs de vins essaient de produire des vins peu coûteux pour les milieux populaires, par exemple, l'Ouest de la France ; et de donner des vins chers et de qualité aux classes supérieures, par exemple à Paris. L'activité du vin était réglementée. En effet, au 14^e siècle, les cabarets étaient pour les gens de passage dans les villes. Les habitants eux-mêmes n'avaient droit qu'au vin à pot, c'est-à-dire qu'ils venaient avec leurs récipients, se servaient et repartaient. Un édit d'Henri 3 supprima cette limitation. Les boutiques des marchands de vin devinrent des lieux de réunions. Par conséquent, les débits de boisson augmentaient leur clientèle. L'État s'enrichit par les charges sur le commerce et les taxes sur les produits. Le métier de tenancière était réservé aux femmes. La tenancière était responsable de l'ordre dans sa maison. Mais, il était dégradant pour une femme de tenir un métier de tenancière ou même de boire l'alcool. Les sociétés occidentales, en général, ont toujours déconsidéré le métier de tenancier de débit de boisson. Jusqu'à la révolution, en France, le métier de cabaretier n'était pas considéré comme un métier bourgeois. Au Moyen Âge, les Croisés provenant de la Terre Sainte, ramènent l'alambic. L'alambic, déformation arabe d'un mot grec, servait à chauffer les boissons fermentées, puis à obtenir des boissons alcoolisées plus fortes : c'est le processus de la distillation. Ainsi, des boissons plus fortes font leur apparition sur le marché, ainsi que les premières réglementations de la

consommation et du commerce du vin⁸⁶. En 1278, les Arabes inventent le mot al khôl, kohol pour désigner l'alcool⁸⁷. Étymologiquement, le mot alcool provient du terme arabe «*al kuhl* » qui signifie la poudre d'antimoine. La poudre d'antimoine est de couleur noire et sert de fard pour les yeux. De sa définition étymologique, le mot alcool désigne le fard qui embellit les yeux. Dans la réalité, en quelque sorte, l'alcool transforme la vision que la personne a du monde. Le dictionnaire Robert définit encore l'alcool comme un liquide incolore et inflammable qui peut être obtenu par distillation du vin et des jus sucrés fermentés⁸⁸.

En chimie, l'alcool est défini comme un corps organique possédant un groupe hydrogène – oxygène et pouvant être considéré comme un dérivé d'hydrocarbure. On parlera alors d'alcool éthylique, monovalent formé de carbone et d'hydrogène.

Au 13^e siècle, Arnaud de Villeneuve, découvre un alcool léger, volatile, facilement inflammable. En latin, cet alcool est appelé spiritus. Arnaud de Villeneuve nommera cet alcool, eau de vie. Raymond Lulle, philosophe espagnol, à la même époque, découvre le même produit qu'il appellera aquavita qui signifie eau de vie. Ce n'est pas lui l'inventeur du mot eau de vie. Mais, on lui en accorde la paternité parce ce fut dans un de ses livres que cette expression apparût pour la première fois. Aquavit, Brantweinn ou vin brûlé, brandy, eau qui brûle ou aguardiente constituent autant d'appellations signifiant eau de vie dans différents pays.

Ce n'est qu'à l'époque moderne, au 16^e siècle, que le mot alcool sera introduit sous son orthographe actuelle dans notre langue. Ce mérite revient au médecin suisse Paracelse.

Les Hollandais furent les premiers à fabriquer les premiers gins à partir de la distillation du genièvre qui est une eau de vie. Dès la fin du 16^e siècle, tout l'occident connaissait les boissons distillées. On s'enivrait et on s'accoutumait plus rapidement. Quelques moralistes regrettaient ces nouvelles méthodes par rapport aux boissons traditionnelles des ancêtres. « *Les Français*

⁸⁶ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 16.

⁸⁷ Le Vot-Ifrac, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, 1989.

Gérardin, Françoise. *Le Robert dictionnaire pratique de la langue française*, France Loisirs Paris, 2002, p. 41.

⁸⁸ Dans le dictionnaire Robert, la distillation se définit comme étant le procédé de purification par ébullition suivie d'une condensation de la vapeur dans un autre récipient. Le vin se définit comme une boisson alcoolisée provenant de la fermentation du raisin. Le jus se définit comme le liquide contenu dans une substance végétale. La fermentation se définit comme la transformation (d'une substance organique) sous l'influence d'enzymes produites par des micro-organismes. Exemple donné : la fermentation alcoolique donne de l'alcool à partir du sucre.

*reprochaient aux Italiens de leur avoir appris comment fabriquer le vin ; les Allemands, le même reproche aux Français ; les anglais, aux Hollandais (Pays bas), l'usage du gin après les guerres du 16e siècle »⁸⁹. Il y eut une révolution alimentaire : même les hautes classes se mirent à consommer les eaux de vie. Par exemple, au 16^e siècle, les Hollandais fabriquèrent des eaux de vie françaises, à partir des vins qu'ils achetaient en France. Ils achetaient des vins de toute sorte de qualités, qu'ils « *frelataient* » par la suite. Les propriétaires, dans certaines régions en France telles que Gascogne, Aunis et Saintonge fabriquaient de bons cognacs et de bons armagnacs, à partir d'eaux de vie de qualité inférieure. Les vins de qualité inférieure ne trouvaient pas d'acheteurs en France. À l'époque moderne, les connaisseurs, agriculteurs et médecins déploraient le phénomène de dégradation du vignoble. Mais, la technique de distillation ne s'arrêta pas. Cidre et jus de fruits furent distillés. À partir de ce procédé, chaque pays inventa sa boisson populaire. Les boissons populaires obtenues à partir de la distillation, furent : le whisky appelé scotch, les aquavits, le brantweinn, les schnaps, la vodka, le rhum, le punch et les liqueurs fortes. L'eau de vie abondât dans les cabarets au 19^e siècle. La modernisation des procédés de fabrication favorise l'expansion des boissons alcooliques et alcoolisées. La littérature nous renseigne sur les types de boissons alcooliques consommées. Par exemple, les Ligures, peuple indo-européen ne buvaient que de la bière d'orge⁹⁰. Les Français boivent en majorité du vin.*

2- Consommation de l'alcool : l'alcoolisation, l'ivresse, l'ivrognerie, l'alcoolisme ou la maladie alcoolique

Dans cette section, nous expliquons, comment les termes pour qualifier la consommation de l'alcool ont évolué dans l'histoire. Ces termes ont évolué pour distinguer le passage d'une consommation de l'alcool qui favorisait des liens sociaux, à une consommation problématique de l'alcool, pour l'individu et son entourage. Plusieurs termes se sont succédé au cours de l'histoire pour qualifier la consommation de l'alcool, dans la société. Ce sont : l'alcoolisation,

⁸⁹ Sournia, Jean-Charles. *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, 1986.
Fouquet, Pierre, et Martine, De Borde. *Histoire de l'alcool*, PUF, Que sais-je ?1990.

⁹⁰ Sournia, Jean-Charles. *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, Paris, 1986.

l'ivresse, l'ivrognerie et l'alcoolisme. Ces termes correspondent tous à différents niveaux de consommation de l'alcool. Ces termes seront employés progressivement dans l'histoire. Dans un premier temps, alcoolisation et ivresse seront les termes employés pour qualifier la consommation de l'alcool et les effets recherchés. Dans un second temps, apparaîtront ivrognerie et alcoolisme pour qualifier la consommation d'alcool, à travers la découverte de ses méfaits pour l'individu et son entourage.

Depuis la préhistoire jusqu'aujourd'hui, dans toutes les sociétés, la consommation de boissons alcoolisées ou simplement l'alcoolisation, antérieure à l'agriculture et à la sédentarisation des peuples, fait partie du quotidien des hommes, chacun selon sa fréquence et ses préférences. Par exemple, on boit l'alcool à table, en famille. Un autre exemple d'alcoolisation est celui des conduites alcoolisées à caractère festif. Celui qui consomme de l'alcool montre qu'il appartient au groupe. Tout événement heureux ou malheureux est vécu avec la consommation d'alcool. En résumé, l'alcoolisation produit le lien social. Quant à l'ivresse, elle est un autre type d'alcoolisation ou de consommation d'alcool. L'ivresse est née avant l'ivrognerie. L'ivresse se définit comme étant un : « *État d'exaltation des facultés mentales résultant de l'absorption en grande quantité de boissons alcoolisées*⁹¹. ».

Le terme ivrogne apparaît pour distinguer les buveurs excessifs problématiques, de ceux non-problématiques. L'« *ivrognerie* », se définit comme étant l'état « *de celui qui boit souvent et par excès* »⁹². Ici, le fait de consommer l'alcool est répété. C'est une habitude. En revanche, l'ivresse se caractérise par la ponctualité de la consommation d'alcool. Même si dans certains cas l'ivresse serait moins grave que l'ivrognerie, les deux termes sont employés indifféremment. En réalité, dans les temps passés, ce n'était pas la consommation de l'alcool qui posait un problème, mais plutôt l'ivrognerie. L'ivrognerie était la mauvaise forme de l'ivresse. C'est elle qui était réprimée. La bonne forme d'ivresse était une ivresse non problématique. Un célèbre proverbe chinois dit : « *D'abord, l'homme prend un verre, puis le verre prend le verre, enfin le verre prend l'homme* ». En d'autres termes, l'homme serait dépossédé de son humanité et le

⁹¹ CNRTL. (Page consultée le 15 novembre 2021). *Ivresse*, En ligne, Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/ivresse>

⁹² Sournia, Jean-Charles. *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, Paris, 1986, p. 37.

verre qu'il manipulait au départ finissait par le manipuler. Par exemple, dans la Grèce antique, les classes cultivées préféraient la conduite d'Apollon, maître de lui-même, rigoureux et rationnel, à celle de Dionysos, spontané, ivre et fantaisiste. Parmi les actes d'ivresse et d'ivrognerie dans l'histoire, certains ont été remarquables. Les abus temporaires nous font penser à des personnes comme Loth⁹³, Noé, et les Vikings. Les abus réguliers rappellent des ivrognes invétérés comme Marc Antoine, Lucius Piso, Cossus, Tibère, Michel 3, Philippe Auguste, en Italie ; prêtres ivrognes, à Paris ; l'ivresse collective de la cour des Mérovingiens⁹⁴. L'ivresse solitaire nous rappelle l'alcoolisme chronique de Bacchilis, les actes de violences d'Alexandre le Grand, l'accident fatal d'Elpénor⁹⁵ et de Polyxenos, les cérémonies publiques des phallophories inspirées du culte de Dionysos, d'origine thrace, fresques des tombeaux des papyrus égyptiens), et des chants. Pour illustrer la progression des expressions autour de la consommation de l'alcool dans l'histoire, prenons le cas de l'Amérique. Pendant longtemps, le caractère symbolique et social de l'alcool était mis en avant. Lors de la première moitié du XVIIIe siècle, chaque occasion était bonne pour boire⁹⁶. C'était de l'alcoolisation, dont on parle. Cependant, l'ivresse publique aiguë, occasionnelle, spectaculaire, quelles que fussent les communautés était punie. Certaines personnes commencèrent à se plaindre des désordres créés par l'ivresse. Au début du XVIIIe siècle, quelques personnes s'inquiètent du phénomène d'ivrognerie, mais les États ne se préoccupaient pas de ce fléau. Ensuite, quelques petits groupes s'inquiètent aussi. La ville de Boston institua des surveillants de l'ivresse dans les familles. En 1735, la Géorgie prohiba les boissons distillées sur son territoire et recommanda à la place la bière anglaise. Certaines personnes pensaient que l'abus des boissons se propageait dans d'autres pays par imitation des coutumes décadentes de l'Angleterre. De ce fait, l'Amérique

⁹³ Loth a couché avec ses deux filles après avoir bu de l'alcool. Noé but du vin, devint ivre, puis se dénuda dans sa tente. Les vikings font des défis du nombre de coupes bues, et devenant plus viril à l'épée.

⁹⁴ Les Mérovingiens : Dynastie qui régna sur les Francs Saliens, puis sur la Gaule à partir de Clovis (481-511) ; elle fut évincée par les Carolingiens en 751.

⁹⁵ Elpénor est un compagnon d'Ulysse. Une fois, après s'être assoupi près du temple de Circé, au moment du départ, étant mal réveillé, il tombe de la terrasse et se tue.

⁹⁶ Sournia, Jean-Charles. *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, Paris, 1986, p. 46-48.

développa d'autres cultures. Par exemple, elle accrut la production du maïs pour en faire du whisky, en remplacement du rhum britannique répandu dans les Indes occidentales.

Parallèlement à l'alcoolisation, l'ivresse ou l'ivrognerie, le processus pour devenir malade alcoolique commence minutieusement. Ce processus peut même être découvert plus tard. En effet, on ne devient pas malade alcoolique du jour au lendemain ⁹⁷. Selon le docteur Fouquet, certaines personnes abusent de l'alcool parce qu'elles ont justement perdu la liberté de s'en abstenir. C'est cette perte qu'on appelle l'alcoolisme. En 1848, Magnus Huss, médecin suédois, réalisa une étude clinique des symptômes de la maladie sur une population de malades de l'ivrognerie. Il conclut qu'il existait une maladie organique, l'alcoolisme, et un malade, l'alcoolique. Pour Magnus Huss, « *L'alcoolisme chronique est intoxication, exogène par les boissons alcoolisées* ». Il définit l'alcoolisme chronique comme étant une maladie qui : « *Consiste en un processus d'empoisonnement chronique tant par l'effet direct de l'alcool du sang que par la modification de la composition du sang. Ainsi, par la présence d'une substance étrangère d'un côté, et par la modification du rapport des comportements normaux du sang d'un autre côté, l'empoisonnement agit sur le système nerveux, d'abord excité, bien affaibli, grâce à quoi les symptômes décrits se déclarent, s'associent et se complètent* ». En 1849, Magnus Huss, inventa le terme alcoolisme, alcoholismus chronicus en latin. Le terme alcoolisme succède au terme ivrognerie. Magnus Huss invente ce terme pour plusieurs raisons :

- Le sentiment d'une incomplétude et d'un désordre du savoir ;
- Le sentiment qu'il y a des malades présentant un trouble commun lié à l'usage et au mésusage des boissons alcooliques entraînant, comme Roesch le pensait aussi, des modifications mentales et nerveuses, un empoisonnement physique et mental ;
- La confusion de ce trouble avec d'autres types d'intoxications telles que le saturnisme, l'arsénicisme, l'hydrargyrisme, les intoxications par le cuivre et le phosphore, l'ergotisme ;
- Et le désir de distinction.

Le terme alcoolisme fut très vite adopté, mais il connut le même sort que le terme ivrognerie. Même si la médecine put déclarer que le buveur excessif était un malade, cela n'empêcha pas

⁹⁷ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 33.

que la société ait des représentations négatives par rapport à l'alcoolisme, même en tant que maladie. En effet, avant cette nouvelle considération, l'alcoolisme était déjà considéré comme une honte, un vice, un fléau social. Lorsque l'alcoolisme fut découvert comme maladie, les gens prirent ce prétexte, pour justifier les considérations initiales sur l'alcoolisme.

3- Les divers emplois de l'alcool dans l'histoire

Dans cette section, nous montrons comment l'alcool a été utilisé au cours de l'histoire. Nous mettons en évidence deux usages historiques qui perdurent : l'usage de l'alcool en tant que médicament et l'usage de l'alcool en tant qu'aliment.

3.1- L'alcool, en tant que médicament

Dans cette section, nous montrons l'usage de l'alcool en tant que médicament, dans l'histoire. L'alcool possède des valeurs thérapeutiques au niveau physiologique, psychologique et spirituel. Il existe une célèbre formule, lorsqu'on trinque, qui est la suivante : « à votre santé ». Cette formule met en exergue le potentiel thérapeutique de l'alcool ; comme pour dire l'alcool est capable de guérir la maladie ; l'alcool est capable d'assainir le corps humain.

Au niveau spirituel, les prêtres des religions primitives exerçaient avec le vin. Ils en usaient pour guérir le mal et la maladie. Ils chassaient les démons grâce à l'ingestion ou l'aspersion de liquides alcooliques, souvent additionnés d'ingrédients animaux, végétaux ou minéraux. Au niveau psychologique et physiologique, certains documents rapportent que les chamanistes⁹⁸, utilisaient les boissons alcoolisées pour guérir « l'âme » et « le corps ».

Au niveau physiologique, parmi les médicaments proposés pour soulager les maladies, l'alcool et le vin occupaient une place importante. De l'âge du fer (de 800 ans avant notre ère à 52 ans avant notre ère) jusqu'à nos jours, il existait un médicament, la thériaque, réputée contre le poison en Asie Mineure et dans toute l'Europe, pour le traitement de l'épidémie de la peste noire qui ravagea l'Europe au 14e siècle, et pour les pathologies internes. C'est Mithridate le

⁹⁸ Le chamanisme est une pratique datant du néolithique (période allant de 6000 à 2200 ans avant notre ère) Sournia, Jean-Charles. *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, 1986.

Le Vot-Ifrac, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, Collection Inconscient et culture, 1989.

Grand, qui est le créateur de la thériaque. La thériaque était une composition de vin, de poudre d'opium et du sang des canards. La thériaque de la république de Venise, en Italie, était la seule réputée vraie. D'autres villes en fabriquaient aussi. En Europe, entre alchimistes, moines, apothicaires, barbiers et médecins, des querelles survinrent au sujet de la paternité de la formule initiale, créée par Mithridate le Grand. La thériaque a été exclue de l'usage médical, vers la fin du 18^e siècle. Dans l'antiquité (de 52 ans avant notre ère à 500 ans après notre ère), il eut des médecins comme Hippocrate dont les enseignements ont été suivis partout en Europe pendant des siècles⁹⁹. En fonction du diagnostic de la maladie, Hippocrate donne des précisions sur l'application du vin. Le vin peut être employé en usage externe, en breuvage ou en purgatif. Le vin à utiliser peut-être : doux, noir, blanc, avec ou sans miel. Ce peut être de l'hydromel ou de l'oxymel, à utiliser pour guérir la maladie. Pour les maladies du système nerveux, la méningite en particulier, il y'a une contre-indication. Hippocrate ne prescrit pas de vin. Au moyen âge (de 476 à 1492, c'est-à-dire du 5^e au 15^e siècle après notre ère), Arnaud de Villeneuve, médecin espagnol, déclarait que l'eau de vie, possédait de nombreuses vertus thérapeutiques. Notamment, « *elle conservait la jeunesse, dissipait les humeurs superflues, fortifiait le cœur, guérissait la colique, la paralysie, la fièvre quarte, calmait les maux de dents, préservait de la peste, etc.* ». À l'époque moderne (du 15^e au 18^e siècle après notre ère), l'aqua vitae ou l'eau de vie, était surnommée élixir de longue vie¹⁰⁰. À la fin du 14^e siècle, l'apparition des armes compliqua la tâche des chirurgiens. Devant les dégâts occasionnés par les arquebuses¹⁰¹, Ambroise Paré (1510-1590), chirurgien et anatomiste français, prescrivit au 16^e siècle, du vin, du vinaigre et de l'eau d'orge, pour faciliter la tâche des chirurgiens.

Au 19^e siècle, période contemporaine, quand les médicaments devenaient rares, les gens pratiquaient l'éthylothérapie, c'est-à-dire la thérapie grâce à l'usage de l'alcool. En 1860, en Grande-Bretagne, le professeur Robert Benclay Todd était le plus connu pour pratiquer l'éthylothérapie. Il en usait pour le traitement des maladies fébriles et inflammatoires. Par exemple, il prescrivait gin, whisky, brandy, rhum à la phase aiguë d'une maladie, et la bière à

⁹⁹ Hormis Hippocrate, nous comptons Galien, et de nombreux médecins à Rome, à Alexandrie et en Égypte.

¹⁰⁰ L'aquavitae aurait le pouvoir de retarder la vieillesse.

¹⁰¹ Les arquebuses sont des armes à feu.

la convalescence. En France, Louis Félix Jules Béhier et le professeur Alix Joffroy en prescrivait largement.

Broussais (1772-1838) trouvait que promouvoir ces thérapies avec l'alcool, favorisait un alcoolisme iatrogénique. Un point à ne pas négliger dans l'histoire de l'alcool en tant que médicament, est le fait qu'à l'époque contemporaine, ce ne sont pas toutes les boissons alcooliques qui étaient considérées d'office comme des médicaments. En effet, on distinguait les boissons alcooliques non pathogènes, de celles pathogènes. Les boissons alcooliques non pathogènes étaient les boissons dites hygiéniques. Parmi elles, nous avons le vin et la bière, réputés non pathogènes. Ce sont elles qui étaient employées en tant que médicament officiellement. Les boissons alcooliques pathogènes étaient les boissons distillées, parce qu'elles contenaient un fort degré d'alcool. Leur consommation occasionnait l'alcoolisme. Ainsi, elles étaient réputées dangereuses pour la santé et non recommandables pour des soins. L'Espagne et l'Italie, fortes productrices de vin, partageaient le point de vue sur cette distinction. En 1936, Guston Derys et Raoul Dufy écrivirent un ouvrage intitulé « *Mon docteur le Vin* ». Dans cet ouvrage, les auteurs présentent les vertus curatives du vin sur plusieurs maladies notamment : le diabète, les affections du système nerveux, les rhumatismes, la typhoïde et l'appendicite. En 1971, un anthropologue français, M. Robert, écrivit sur les coutumes et traditions populaires faisant des vins et alcool des remèdes contre la fièvre, l'anémie, les coliques, les contusions, les entorses, les fluxions de poitrine, la jaunisse, les pneumonies, les pleurésies, la débilité, la grippe, les descentes d'estomac et les gastralgies. L'auteur note que ces pratiques ressemblent à celles qui étaient utilisées il y a plus de 2000 ans en Égypte ou en Mésopotamie. Ce qui explique la caution médicale de nos jours. Certains médecins continuent même de préconiser le vin, pour soigner des affections intestinales ou lutter contre l'alcoolisme. Au début du 20e siècle, dans le corps médical, la liste des vins à appliquer en usage interne et externe sera réduite considérablement. Mais, l'alcool reste toujours largement utilisé en médecine et en chirurgie, à cause de ses propriétés « *antiseptiques, désinfectantes et anesthésiques* ». Dr Legrain appelle l'usage abusif de l'alcool, de l'alcoolâtrie thérapeutique.

3.2- L'alcool en tant qu'aliment

Hormis les valeurs thérapeutiques, l'alcool possède aussi des valeurs nutritionnelles. Dans cette section, nous montrons comment l'alcool a été employé en tant qu'aliment, au cours de l'histoire.

Au 19^{ème} siècle, en 1898, M. Atwater et M. Bénédicte construisent un calorimètre pour mesurer la chaleur énergétique produite par les hommes, soit au repos, ou en actionnant la roue d'une bicyclette ergométrique. L'expérience permit d'établir le bilan de la matière et de l'énergie. Ainsi, les entrées ou sorties en respiration : eau, boisson, nourriture et urine furent analysées. Ces expériences prouvèrent en chimie biologique que l'alcool était une source de chaleur énergétique pour l'homme. Or, l'être humain puise ses ressources énergétiques dans l'alimentation. De ce fait, au niveau thermique, d'un point de vue biologique, l'alcool pourrait être considéré comme un aliment. Pour M. Duclaux, biologiste français, l'alcool participant au développement de certaines plantes alimentaires telles que l'*Aspergillus Niger*, on pourrait aussi y voir son apport utilitaire dans l'alimentation de l'homme. Cependant, une étude antérieure, menée par M. Chauveau, avait prouvé le contraire. Les résultats de cette étude avaient prouvé que, d'un point de vue isodynamique, l'alcool ne pourrait être substitué à l'amidon et le sucre. Dans l'étude menée par M. Chauveau, si l'on opère la substitution de l'alcool à l'amidon et au sucre, l'animal utilisé pour l'expérience de cette étude, diminue de poids. On constata que l'alcool ne peut pas maintenir l'organisme de l'animal dans l'état d'intégrité normale et de parfait équilibre, puisque ses tissus dégénèrent et subissent les processus de la stéatose et de la sclérose. Selon le corps médical, le critère d'un régime normal d'une ration d'entretien est précisément la permanence de la composition normale des tissus et le maintien absolu de leur constitution. Par ces expériences, on a conclu que si l'alcool entre dans la consommation quotidienne, il finira par dégrader l'organisme humain, au lieu de le maintenir en bonne santé. L'alcool est un pseudo aliment. Il ne peut faire partie de l'alimentation qu'en proportion notable ; et d'une manière durable, il ne peut faire partie d'aucun régime alimentaire d'entretien. De plus, le corps a besoin de l'alcool biologique, puisque le corps humain peut transformer cet alcool. En effet, l'alcool biologique est instable et en perpétuel devenir, contrairement aux alcools industriels. Ces deux conceptions, thermique et isodynamique de l'alcool, montrent une ambivalence des effets de l'alcool.

Dans le monde scientifique, lorsque le physiologiste dit au public que l'alcool est un aliment, le médecin quant à lui, prévient aussi le public des effets néfastes de l'alcool. Or, en matière de consommation de l'alcool, le public est parfois simpliste ou utilitaire. Pour lui, il suffit de se demander si l'alcool est bon ou mauvais ? utile ou nuisible ? Pour illustrer ces observations, nous parlerons d'une fable de Jean De la Fontaine intitulée : « *La Vie d'Ésope* ». Dans cette fable, Xantus envoie Ésope acheter un mets. Xantus demande à Ésope d'acheter, ce qu'il y a de meilleur comme mets. Xantus voulait régaler ses amis. Ésope achète des « *langues* ». Lorsque Xantus demande à Ésope les raisons de son achat, ce dernier lui répond : « La langue est la meilleure et la pire des choses ». « *Eh ! qu'y a-t-il de meilleur que la langue ?* reprit Ésope. *C'est le lien de la vie civile, la clef des sciences, l'organe de la vérité et de la raison : par elle on bâtit les villes et on les police ; on instruit, on persuade, on règne dans les assemblées, on s'acquitte du premier de tous les devoirs, qui est de louer les dieux.* ». Alors, Xantus renvoie Ésope. Il lui demande cette fois-ci d'acheter le lendemain, ce qu'il y a de pire.

« *Le lendemain Ésope ne fit encore servir que le même mets, disant que la langue est la pire chose qui soit au monde : c'est la mère de tous débats, la nourrice des procès, la source des divisions et des guerres. Si on dit qu'elle est l'organe de la vérité, c'est aussi celui de l'erreur, et, qui pis est, de la calomnie. Par elle on détruit les villes, on persuade de méchantes choses. Si d'un côté elle loue les dieux, de l'autre elle profère des blasphèmes contre leur puissance.* »

En lien avec la fable d'Ésope, toute chose, comme la langue, peut-être bonne ou mauvaise. L'appréciation dépend de l'usage qui en est fait : suivant la dose, la mesure et les circonstances de l'emploi de cette chose. En physiologie, cette assertion constitue une règle. Claude Bernard parlait de la loi de l'excitation préparalytique. La plupart des substances psychoactives qui paralysent le système nerveux commencent par l'exciter d'abord. C'est le cas de l'alcool qui commence par égayer l'individu, pour ensuite le plonger dans une incohérence de mouvement sous l'effet de l'ivresse. L'alcool peut être un excitant sans être un agent de dépression. Cela est possible à condition que l'alcool soit consommé en dose modérée ou optima.

II- Histoire de l'alcool en France

Dans cette section, nous allons parler de l'histoire de l'alcool en France ; elle comporte deux aspects particuliers : le fait que le pays soit enraciné dans une culture de consommation d'alcool et que malgré les oppositions, celle-ci reste présente.

Raconter l'histoire de l'alcool en France, revient pour nous à raconter l'histoire spécifique de l'alcool. Il s'agira pour nous de décrire l'ensemble des faits passés, concernant l'alcool depuis son origine jusque son évolution, de nos jours, en France.

1- L'alcool, une culture en France

Au moyen âge, c'est-à-dire du 6^e au 8^e siècle, la culture du vin est présente en France. Elle s'étend dans toute la gaule, jusqu'aux vallées de la Meuse, dans la Moselle et au-delà de la manche. Du 6^e au 14^e siècle, toutes les classes consomment du vin : les classes aisées, les vins de bonne qualité et les classes moins aisées, leur piquette ou de l'eau s'ils n'avaient pas de vin. Jusqu'au 15^e siècle, tout le monde cultivait la vigne : les princes, les bourgeois, les citadins, les monastères, les évêques, les curés et les moines.

Contexte social :

-Entre le 16^e et le 19^e siècle, on assiste à l'expansion coloniale, période dans laquelle le boire anémique, avec l'eau de vie, sera exporté dans les sociétés non-occidentales. Entre le 16^e et le 18^e siècle, on assiste aussi du côté de l'Europe à l'expansion démographique, l'accélération des processus d'urbanisation, l'intensification nationale et internationale de l'économie. Tandis que le boire anémique se développe, la médecine valorise toujours le boire alimentaire et le boire thérapeutique.

- au 16^e siècle, dans l'imaginaire social, quand on boit, on fait un geste : on trinque, on porte une santé, on lève son verre, on lève le coude. Ce geste signifie : « *profitons de l'instant* », « *oublions un tant soit peu les discours moralisateurs* », sans oublier que « *c'est pour notre santé* ». C'est un ensemble de valeurs que partage la culture occidentale, même si les effets ne durent qu'un temps. Boire est un acte qui concerne autant les élites que les classes ouvrières. Lever le verre invite au partage, celui du vin. Lorsque l'individu s'isole du contexte social pour aller Boire, cela s'appelle le boire anémique. Un jugement ressort par rapport à l'attitude du buveur qui opère ce choix stratégique pour des raisons liées à la ville (solitude anémique qui entraîne un non-repérage visible par la communauté ; à l'identité sociale réelle et virtuelle de l'individu,

donc au rôle normatif attendu de lui, qui fait qu'il prend des risques. Pour Nahoum Grappe, le boire anomique ne peut se comprendre que dans le cadre d'une économie-monde, terme emprunté à Fernand Braudel ;

-17e siècle : « *quand on dit quelqu'un boit* », tout court, cette expression signifie que ce n'est pas de n'importe quel type de boisson on parle, on parle de boissons alcoolisées. Ce n'est pas non plus de n'importe quel type de buveur on parle, on parle de celui qui est excessif. Le vin peut remplacer la viande. Galien écrit : « *qu'il y'a du vin qui nourrit autant que la chair de porc* »;

-dans les dictionnaires français du 17^e et du 18^e siècles, issus du latin, le buveur, c'est un homme ou une femme. C'est un énoncé neutre. Cependant, pour comparer l'ivresse des femmes et des hommes, si on accorde le même terme au féminin, il devient péjoratif sur place. Selon Nahoum, le boire anomique semble être la caractéristique des sociétés urbanisées. Cette manière de boire a été développée dans les 17^e et 18^e siècle. Le terme anomie, de sa définition littérale, absence d'ordre, a été emprunté à Émile Durkheim. Celui-ci définissait l'anomie comme un affaiblissement des liens sociaux, qui produit un manque d'intégration de l'individu dans la société. Le boire anomique concerne autant les riches que les pauvres. En quoi consiste de façon pragmatique le boire anomique ? Le boire anomique consiste à faire un détour à l'improviste, au cours de la journée pour « *aller boire un pot* »¹⁰². Un premier élément qui favorise le boire anomique : la ville, dans la mesure où non loin de chez soi, où même proche du travail, il existe toujours une multitude d'endroits où l'on peut aller boire. Un second élément est l'identité sociale réelle et virtuelle de l'individu, concept de Goffman qui renvoie au rôle normatif attendu de cet individu. Le boire ponctue les relations de l'individu avec autrui pour éviter installer la confiance ou éviter la méfiance, lors de la rencontre. Le boire est alors une stratégie ;

¹⁰² Selon Nahoum, lorsque le sujet se retrouve dans un groupe, pour un enivrement collectif ritualisé, cela n'est pas anomique. Tout ce qui se passe, c'est comme si on le contraignait à se saouler davantage, alors qu'il est déjà saoul. Cela met à mal son estime de soi. Il peut se sentir coupable de n'avoir pas tenu ou fier d'avoir relevé les défis. Le buveur masculin d'eau, quant à lui, est isolé. Il est parfois considéré comme un traître, quelqu'un qui n'est pas viril, c'est à dire fort, courageux. Selon Nahoum Grappe, ce boire collectif « *obligatoire* » cacherait un boire anomique. Or cette pratique ancienne existe encore aujourd'hui et au quotidien. Qu'est-ce que le boire anomique

? c'est le boire qui déclenche toute sorte de comportements excessifs quand on est ivre. Lorsque qu'on boit de façon anomique à une même heure, cela peut être considéré comme un rituel.

-un autre élément qui va s'ajouter au boire ensemble : fumer du tabac au 18^e siècle. Fumer et boire expriment la micro-anomie du sujet qui s'isole du contexte social tout à coup. Dans les textes antérieurs au 19^e siècle, selon les sources médicales, c'est-à-dire, les textes médicaux et les recherches scientifiques dans le domaine médical, en France, quand on parlait du boire, cela était souvent accouplé à la notion du manger. Concernant le boire, on parlait du vin, des différents types de vin, de leurs qualités diététiques, plus loin leurs vertus thérapeutiques. À cette période, 80 à 90% de la population française provenaient du monde rural. Au 18^e siècle, selon les sources administratives, législatives, civiles ou religieuses en présence, l'alcool diminuerait ou augmenterait les actes de violences. Ici, on peut voir le statut juridique de l'ivresse ou le jugement social qui pèse sur le Boire. Dans les sources littéraires, le Boire apparaît aussi : les poèmes, les romans, les odes, pour ne citer que ceux-là. De toutes ces sources, Nahoum distingue quatre types de boires : le boire alimentaire et nourrissant, le boire médicinal et thérapeutique, le boire enivrant ou « *festif* » et le boire « *anomique* ».

- Au début du 18^e siècle, les valeurs thérapeutiques et alimentaires du boire sont évoquées. La médecine de l'époque ou médecine ancienne préconise du vin pur contre la « *faim canine ou excessive* », le vin le plus fort (une ivresse possible selon Nahoum Grappe) contre la « *défaillance de cœur causée par une faim extrême* », du vin ou de l'eau de vie pour prévenir la « *syncope* ». Ici, on voit que le boire redonne la vie au corps en manque de sang, de vitalité, ou en manque de bonne humeur. On voit aussi que le boire alimentaire est thérapeutique. Une autre qualité du boire est qu'il réchauffe, il ranime. Un proverbe de l'époque disait : « *Après bon vin, bon cheval* ». Quand on boit, on peut devenir ivre ; dans la seconde moitié du 18^e siècle, on attribuait aux boissons contenant de l'alcool l'effet d'ivresse, mais aussi, à d'autres boissons telles que le lait, cet effet. Mais on garde la notion du boire alimentaire. L'alcool restaure, nourrit. Un proverbe de l'époque disait : « *Le vin fait le sang, le pain fait la chair* ».

À la fin du 18^e siècle, même la société royale de médecine à l'époque citait le manque de viande et de vin, lors des repas, comme possibles causes de morbidité et de malnutrition. Mais la thérapie de l'ivresse possiblement induite, contre la boulimie, selon Nahoum Grappe, n'est plus pensable dans la médecine contemporaine. Souvenons-nous de la célèbre phrase de Louis Pasteur (1866) : « *Le vin est la plus saine et la plus hygiénique des boissons* ». Entre le 19^e et le 20^e siècle, le vin a perdu sa valeur nutritive initiale, étant donné le contexte social, le boire

anomique grandissant de l'époque contemporaine. Le «*je* » s'isole du social, et donc plus possibilité de contrôle objectif. L'alcool garde sa valeur nutritionnelle. Il vient compenser en quelque sorte la faim, sans excéder, pour ne pas s'évanouir. Un proverbe disait : « *A petit manger, bien boire* » ; « *A bien manger, bien boire* » aussi.

-Au 19^e siècle, on imageait une certaine catégorie de boissons, vin, eaux de vie en termes de qualités : le chaud, le fort et l'ivresse. L'ivresse a ses manifestations : la démesure du vin, la répétition de la demande «*à boire*», la répétition des gestes, les cris, les hurlements, les injures, les excès (de larmes, de rire, de boire, de manger), le changement du visage, la violence dans les actes, la parole, les gestes, une démarche tanguante, une gesticulation désadaptée, le fait de chanter de plus en plus faux, les cheveux décoiffés, la chemise déboutonnée, le bonnet de travers, jusqu'à la chute du fossé, un trou noir dans la conscience ou un sommeil profond. Nahoum Grappe dira de l'ivresse que : « *La démesure entraîne une perte de la moitié de l'humanité* ». L'ivresse met en scène un personnage : le buveur. Un autre élément qui va s'ajouter au boire et fumer le tabac, c'est fumer une cigarette comme temps de pause et d'échange social, au 19^e siècle ;

-Avec le passage d'une société rurale, à une société industrielle, puis post industrielle, ainsi que la hausse des courbes démographiques, la notion passée de l'alcool perd de sa valeur. Le scientifique empiète sur le religieux. En France, ce n'est qu'avec la seconde moitié du 19^e siècle, qu'on commence à parler de : l'alcoolisme, l'alcoolique, la cirrhose, d'une faute morale (qu'on pourra qualifier de démesure, manque de volonté, ou faiblesse), de l'alcool en tant que fléau social (destruction des liens sociaux, économiques), des alcools autres que le vin. On assiste à un remaniement des valeurs et du vocabulaire lié à l'alcool. Par exemple, François Beck Stéphane, Legleye et Patrick Peretti-Watel dans l'étude European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), dont la France fait partie, montrent qu'on est passé aujourd'hui d'un boire alimentaire à un boire festif, de l'alcool festif à l'ivresse festive, c'est-à-dire que : l'exposition à l'alcool, va se faire en dehors du cadre familial, avec les pairs, dans un cadre convivial et festif de consommation ; elle va favoriser la transition d'une consommation occasionnelle à une consommation répétée, l'accès à des niveaux de consommation plus élevés, susceptibles d'entraîner des risques liés à l'usage abusif ou nocif de l'alcool, dont le boire anomique.

2- Les oppositions impuissantes contre la culture de la consommation d'alcool

Nous avons un fort enracinement dans la culture de l'alcool en France et aussi une culture du compromis. Du XVI^e au XVIII^e siècle, l'enivrement collectif, festif et sociabilisant est permis. Il faut savoir que l'enivrement à cette époque concerne toutes les catégories sociales, surtout les paysans ou artisans âgés de 20 à 34 ans. Il se déroule le dimanche, de l'après-midi au cœur de la nuit et dans les cabarets. Il n'est pas question d'éradiquer l'ivresse et l'ivrognerie, mais il faut faire un compromis que Matthieu Lecoutre appellera : « *la culture du compromis* »¹⁰³.

Qu'est-ce que « *la culture du compromis* » ? Le constat est que malgré les conséquences manifestes de l'enivrement, notamment les dépenses ruineuses, les maladies, les vices, bref les désordres que peuvent entraîner l'ivresse et l'ivrognerie. La culture de l'enivrement étant forte, la sobriété ne triomphera pas de l'enivrement à l'époque moderne, en France. Il faut noter aussi que dans cette même période, des discours parallèles, contradictoires et souvent évolutifs vont se produire. Les uns parleront des aspects négatifs de l'enivrement, tandis que les autres continueront à vanter les mérites ou les valeurs de la consommation des boissons alcoolisées. On aura alors une pluralité de discours et de normes : religieuses, juridiques, morales, économiques, médicales et sociales qui vont empêcher les autorités religieuses et politiques, d'essayer d'éradiquer réellement l'ivresse et l'ivrognerie ; mais, cette pluralité de discours va plutôt favoriser une culture du compromis. Par exemple, à l'époque moderne avant 1536, l'enivrement était considéré comme un péché ou une faute plus ou moins grave, selon les cas, qui poussaient à en commettre d'autres ; à partir de 1536, l'enivrement devient un crime secondaire et intermédiaire. Les autorités agissent avec pragmatisme. La société devra faire un compromis.

Conclusion

L'objet de ce chapitre était de réaliser une approche sociohistorique de l'alcool et de l'alcoolisme dans la société, en général, et en France, en particulier. Il était question de répondre à la question spécifique suivante : qui sont les malades alcooliques ? Pour ce faire, il a semblé important de

¹⁰³ Lecoutre, Matthieu. *Ivresse et ivrognerie dans la France Moderne*, Presses Universitaires François Rabelais de Tours, Collection « *Tables des Hommes* », 2011.

connaître le produit à l'origine de la souffrance des malades alcooliques, ainsi que la maladie dont les personnes alcooliques souffrent. Ce chapitre est divisé en deux sections qui sont les suivantes : l'histoire de l'alcool en général et l'histoire de l'alcool en France en particulier. Dans la première section, nous avons présenté l'histoire de l'alcool dans le monde, en partant de son origine jusqu'aux divers emplois de l'alcool. Dans cette section, nous pouvons retenir que l'alcool a existé depuis la préhistoire. De la période préhistorique à la période néolithique, son utilisation a évolué de l'alcool aliment, à l'alcool médicament. Dans la deuxième section, nous avons parlé du fait que la culture de l'alcool est enracinée en France. Comme nous l'avons expliqué dans la problématique, la France fait partie des premiers producteurs de vins et des premiers consommateurs de vin dans le monde. L'alcool a donc des valeurs importantes tant au niveau économique et social du pays. L'alcool est un élément d'intégration dans la société. Il fait partie des *habitus* intra et extra familiaux. Malgré les oppositions de l'État et d'autres composantes de la société, la culture de l'enivrement persiste. Ainsi, la société développera ce que Matthieu Lecoutre appelle : « *la culture du compromis* ». La raison est qu'il n'est pas question d'éradiquer l'ivresse, mais plutôt de faire des compromis. Pour conclure ce chapitre, nous pouvons dire que l'approche sociohistorique de l'alcool et de l'alcoolisme, nous a permis de comprendre que l'alcool est un produit qui est apprécié dans le monde en général, et en France particulièrement, du fait de sa culture. Il y a beaucoup de controverses qui ont marqué l'usage de l'alcool à travers les excès dans l'histoire repérés sous les termes de l'ivresse et de l'ivrognerie. Mais jusqu'aujourd'hui, l'alcool continue d'être utilisé.

CHAPITRE II : APPROCHE SOCIOLOGIQUE DE LA DÉVIANCE ET DU RISQUE

Introduction

Un individu peut devenir alcoolique pour plusieurs raisons. En sociologie, l'alcoolisme encore appelée consommation problématique de l'alcool, fait partie des comportements déviants et des conduites à risques dans la société. La dépendance alcoolique est analysée sous divers angles tels que¹⁰⁴ :

- la sociologie de la déviance ;
- la sociologie du risque ;
- la sociologie des politiques pénales ;
- la sociologie des transgressions ;
- la sociologie des institutions pénales.

Dans ce chapitre, nous choisissons d'analyser le lien entre sociologie du risque, de la déviance et la maladie alcoolique. Par ces différentes approches de la sociologie, nous comprendrons la construction sociale de la marginalisation de la consommation d'un individu, par rapport à des normes sociales collectives ou individuelles. Dans ce chapitre, il s'agira pour nous de répondre à deux questions spécifiques, à savoir :

- Comment on devient déviant ?
- Comment des individus adoptent ou s'exposent à des risques ?

I- Sociologie de la déviance : comment on devient déviant ?

La déviance d'un individu face à l'alcool, ou encore l'usage anormal de l'alcool par un individu peut se construire rationnellement ou irrationnellement. Certes, l'individu pourrait toujours donner des motifs rationnels de sa consommation anormale de l'alcool. Mais, il y'a aussi l'introduction d'une variable intermédiaire dans l'usage de l'alcool par un individu, qui pourrait expliquer cette situation. Cette variable intermédiaire est la vulnérabilité variable face à l'alcool, relative à chaque individu.

Cette section est divisée en deux sous-sections qui sont :

¹⁰⁴ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 40.

- le processus de construction des actes dits déviants ;
- et le processus de qualification des actes dits déviants.

La déviance est définie comme le caractère de ce qui est déviant. Les termes souvent employés pour évoquer la déviance en rapport avec l'alcool, sont la consommation anormale de l'alcool, et l'usage anormal de l'alcool. Déviant est un adjectif qui qualifie tout ce qui s'écarte de la règle commune, de la norme particulière admise¹⁰⁵.

La déviance consiste en un non-respect des normes. Dans notre cas, nous parlerons de deux types de déviance, en matière de consommation d'alcool. Le premier se réfère à l'usage de l'alcool, qui s'écarte des normes sociales admises, en matière de consommation de l'alcool, selon les repères de l'Organisation mondiale de la santé. Le second type se réfère à l'usage de l'alcool, qui s'écarte des normes sociales admises, en matière de consommation de l'alcool, selon les repères d'un individu ou d'un groupe d'individus. En effet, nous avons plusieurs types de normes, selon que ce soit une personne, un groupe d'individus ou une institution qui les crée. Ainsi, il existe des normes individuelles, collectives et sociales ; cela s'applique aussi en matière de consommation d'alcool. Toutes ces normes diffèrent les unes des autres. Les normes individuelles et collectives ne peuvent pas s'appliquer à la société tout entière ; cependant, l'inverse est vrai. En lien avec la déviance en matière de consommation d'alcool, cette assertion veut dire que les normes en matière de consommation d'alcool ne sont pas pareilles, selon qu'on se retrouve dans le cadre général de la société, ou le cas particulier d'un individu ou d'un groupe d'individu. Ne pas respecter les normes, en général, entraîne des sanctions en fonction du type de manquement par la loi ou par la conscience collective¹⁰⁶. Cette assertion signifie que le non-respect des normes créées par l'OMS, entrainera des sanctions ; cette assertion est aussi valable pour le non-respect des normes individuelles et collectives.

Selon l'OMS, l'usage anormal de l'alcool par un individu, serait le non-respect de ces normes. Selon l'OMS, le mésusage de l'alcool fait partie de l'usage anormal de l'alcool, parce qu'il entraîne des risques liés à la consommation de l'alcool. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre sur l'histoire de l'alcool, le mésusage comprend différents niveaux de consommation

¹⁰⁵ Gérardin, Françoise. *Le robert dictionnaire pratique de la langue française*, France Loisirs Paris, 2002, p. 481.

¹⁰⁶ Ogien, Albert. *Sociologie de la déviance*, première édition, Presses Universitaires de France, p. 7.

de l'alcool qui sont : la consommation excessive de l'alcool, la consommation abusive de l'alcool, la consommation nocive de l'alcool, et la dépendance alcoolique. Toutes ces consommations citées constituent des comportements déviants, en matière de consommation d'alcool, selon l'OMS.

La déviance peut être un comportement individuel ou collectif. En lien avec la maladie alcoolique, cette assertion signifie que la déviance face à l'alcool peut être le fait d'individus ou d'un groupe d'individus.

II- Le processus de construction sociale des actes dits déviants

Dans cette section, il s'agira pour nous de savoir : comment l'usage anormal de l'alcool se construit socialement ? quels sont les mécanismes sociaux qui poussent les gens à s'écarter des normes admises par la société, en matière de consommation de l'alcool ? Pour ce faire, nous nous appuyerons sur les théories développées par la première école américaine de Chicago. La première école américaine de Chicago répond à la question suivante : « *comment on devient déviant ?* ». Selon Laurent Mucchielli, sociologue français, trois grandes approches, provenant de ladite école, expliqueraient les comportements déviants dans la société. Ce sont l'approche culturaliste, l'approche « *inégalitariste* » et l'approche rationnelle. Nous pouvons regrouper ces trois approches en deux catégories de théories : les théories explicatives des logiques rationnelles de recours à l'alcool, et les théories explicatives des logiques irrationnelles de recours à l'alcool.

1- Les théories explicatives des logiques rationnelles de recours à l'alcool

Ces théories stipulent que les individus connaissent les motifs de leur consommation d'alcool, même lorsqu'elle devient anormale. Cette section est divisée en trois sous sections qui sont les suivantes :

- l'approche rationaliste ;
- Les défenseurs de l'approche culturaliste ;
- Les opposants de l'approche culturaliste.

1.1-L 'approche rationaliste

Selon Cloward Richard et Ohlin Llyod, l'approche rationnelle encore appelée la théorie de l'occasion ou théorie de l'opportunité, postule que la déviance est un choix rationnel de l'individu. Appliquée à notre thème, l'approche rationnelle sous-entend que la déviance en matière de consommation d'alcool est un choix rationnel. Pour Cloward Richard et Ohlin Llyod, accomplir concrètement un rôle de déviant ne dépend pas seulement du fait de remplir les conditions descriptives du statut d'individu déviant. Mais, il faut que les circonstances pour passer à l'acte s'y prêtent. En d'autres termes, l'individu qui souhaite devenir déviant doit accéder à des moyens légitimes ou illégitimes, pour mettre en œuvre le profil, et atteindre son aspiration. C'est ce qu'ils appellent : la « *structure des occasions* ». Cette théorie rejoint la formule du docteur Fouquet qui présente la toxicomanie, comme la rencontre tripartite de trois éléments essentiels : l'individu, la substance psychoactive et le contexte de sa consommation. Appliquée à notre thème, l'approche rationnelle sous-entend aussi que l'absence d'un élément de l'assertion précédente, rend caduque l'équation de la dépendance alcoolique.

1.2-Les défenseurs de l'approche culturaliste

Selon William Thomas et François Znaniecki, les comportements déviants seraient les conséquences respectives de la désorganisation et de la réorganisation sociale. En d'autres termes, l'origine de la déviance d'un individu par rapport à une norme spécifique, du groupe primaire auquel il appartient, pourrait s'expliquer par le degré d'organisation de ce groupe primaire. En lien avec notre thème, cette assertion signifie que, plus un groupe primaire de socialisation est organisé, plus l'individu n'aura pas besoin d'entrer dans un usage anormal de l'alcool, pour s'adapter aux situations qu'il traverse, dans le milieu où il vit. Prenons le cas d'un individu, qui a comme culture, dans son groupe primaire, de ne pas du tout consommer d'alcool. Imaginons que cet individu immigre dans un pays. Le pays où il immigre adopte les valeurs de l'OMS, en matière de consommation d'alcool. Imaginons que l'individu trouve en l'alcool, une solution pour s'adapter à sa nouvelle situation. Il en consomme à des fins sociales, puis en dévie. À ce moment donné, l'usage anormal de l'alcool, proviendrait du fait que l'individu traverse une nouvelle situation, l'immigration. Selon l'approche culturaliste, en réalité, si son groupe primaire était bien organisé, l'individu n'aurait pas besoin de consommer de façon anormale

l'alcool, pour affronter la situation de l'immigration. Ainsi, le manque d'organisation du groupe primaire de l'individu conduit l'individu, à s'adapter, à se réorganiser. En outre, le manque d'organisation du groupe primaire de l'individu peut entraîner des dérèglements sociaux collectifs. Prenons le cas du même individu. L'usage anormal de l'alcool, proviendrait du fait que l'individu traverse non seulement une nouvelle situation, mais aussi l'alcool est une voie pour lui, pour affronter cette nouvelle situation. Ainsi, l'individu se lance dans un nouveau contrat « *culturel* ». L'engagement de l'individu dans un nouveau contrat culturel signifie essentiellement deux points, qui peuvent se résumer ainsi. Tout en conservant les normes de sa culture d'origine, l'individu décide d'appliquer les normes d'un autre système de valeurs. L'individu respecte donc plusieurs systèmes de valeurs, à condition que le système auquel il se réfère soit toujours adapté à la situation qu'il traverse. Dans la notion de contrat culturel, le rapport entre la culture et l'individu est inversé, dans le sens où ce n'est pas la culture qui s'impose à l'individu, c'est plutôt l'individu qui s'engage dans un nouveau contrat « *culturel* ». Ainsi, un individu peut respecter plusieurs systèmes de valeurs, à condition que le système auquel il se réfère soit toujours adapté à la situation qu'il traverse. Selon Thomas, il n'est pas question de séparer la conduite normale, de la conduite anormale, mais plutôt de voir les circonstances de l'action de l'individu ou de la situation, que cet individu traverse. Autrement, on ne comprendrait pas la signification que les individus donnent à leurs actions. En effet, pour lui, dans la vie concrète, ce qu'on pourrait qualifier de normal ne diffère pas vraiment de ce qu'on qualifiera d'anormal. Pour illustrer avec notre thème, la consommation normale d'alcool pour un individu peut être anormale pour un autre individu ; tandis, qu'elle sera normale pour d'autres individus. Selon Thomas, ce n'est pas tant l'acte commis qui devrait attirer notre attention lorsqu'on parle de déviance. C'est plutôt le contexte particulier de sa déviance, qui devrait attirer notre attention. On parlera plutôt de conformité ou non-conformité à une situation. Par exemple, imaginons qu'une personne qui ne boit pas, dans un contexte de binge drinking, commence à boire de façon excessive. L'on dira que son attitude est conforme au binge drinking. Supposons que cette même personne se retrouve en situation de travail quotidien. Boire de façon excessive est irresponsable de sa part. Selon Thomas, que l'attitude soit conforme ou non conforme aux situations décrites ci-dessus, les deux cas de consommation nécessiteraient des explications de la part de l'individu, étant donné que l'individu ne

consomme pas d'alcool d'habitude. À la notion d'identité, Thomas préfère la notion de personnalité sociale. Pour lui, la notion de personnalité rend compte de la capacité de chaque individu à s'adapter à chaque

1.3-Les opposants de l'approche culturaliste

Parmi les logiques rationnelles de recours à l'usage anormal de l'alcool, il existe aussi d'autres raisons hormis la culture des individus. Selon Edwin Sutherland, auteur de la théorie de l'éducation déviante, la déviance ne résulte pas d'un conflit de cultures ou de normes, mais tout simplement d'un apprentissage d'une culture de la déviance. En lien avec notre thème, la théorie de l'éducation déviante stipule que la consommation anormale de l'alcool peut faire l'objet d'un apprentissage au sein d'un groupe. Ce groupe sait qu'il existe des normes en matière de consommation d'alcool. Mais, les membres de ce groupe décident de ne pas respecter ces dites normes. Ainsi, un individu qui adhère à ce groupe en question, apprendra comment consommer l'alcool de façon anormale. Edwin Sutherland pose comme principe que le comportement déviant est appris dans l'interaction avec d'autres personnes par un processus de communication. Étant en relation avec d'autres personnes, on apprend à consommer de façon anormale l'alcool. Une part essentielle de cet apprentissage se déroule à l'intérieur d'un groupe restreint de relations personnelles. Selon la théorie de l'éducation déviante, les personnes déviantes savent ce qui est qualifié de déviant et ce qui est qualifié de non déviant. Elles savent donc quand elles dévient. Envisager la déviance comme action collective et non pas seulement individuelle, signifie que : « *les gens agissent ensemble* » comme Mead et Blumer l'affirment. En 1938, Thorsten Sellin émet une critique par rapport à la théorie culturaliste. Selon lui, ce n'est pas le conflit de culture qui entraîne les comportements déviants. C'est plutôt le conflit de normes qui cause les comportements déviants. La culture ici fait référence à des normes instituées par un ensemble de personnes ou une société donnée. La différence entre les normes et la culture, est que la norme est un constituant de la culture. Ainsi, une norme ne peut pas à elle seule représenter l'ensemble d'une culture. On ne peut pas se baser non plus, sur le fait d'avoir certaines normes en commun, pour dire que des cultures sont semblables. A moins que les deux cultures possèdent des normes identiques, alors ces cultures sont semblables. Soulignons qu'il existe deux types de cultures, la culture dominante et la sous-culture. La

culture dominante ou culture d'appartenance correspond à celle du groupe auquel appartient l'individu. La sous-culture correspond à la culture du groupe auquel l'individu veut appartenir. Pour montrer sa volonté d'adhésion à la sous-culture, la personne choisit délibérément de commettre un acte interdit par la culture dominante, mais valorisé par la sous-culture. Selon Thorsten Sellin, l'acte déviant est un choix exclusif. Ce n'est pas la conséquence d'un affaiblissement des normes du groupe primaire de l'individu. Pour illustrer cette pensée de Thorsten Sellin, nous prendrons le cas d'un individu, issu d'une famille qui ne boit pas.

Imaginons que cet individu intègre un groupe d'amis, qui a pour habitude de boire excessivement l'alcool. Dans notre exemple, la culture dominante est la culture de la famille de l'individu. La sous-culture est la culture du groupe d'amis. La famille de cet individu et son groupe d'amis peuvent avoir certaines normes en commun, par exemple, le fait de s'abstenir de l'alcool, durant un jour de la semaine. Mais, comme nous l'avons expliqué plus haut, ce point commun ne fait pas de la culture du groupe d'amis de l'individu, une culture semblable à celle de sa famille. En lien avec la pensée de Thorsten Sellin, pour mon montrer sa volonté d'adhésion à celle de son groupe d'amis, l'individu qui ne buvait pas, peut décider délibérément de rejeter une ou plusieurs normes de sa culture dominante ou d'appartenance. Ce choix se traduira par la décision de boire excessivement l'alcool pour montrer qu'il veut appartenir à son groupe d'amis. Comme Thorsten Sellin, Albert Cohen ne conçoit pas du tout la notion de désorganisation sociale comme responsable d'actes déviants, mais plutôt l'appartenance à une sous-culture comme lieu d'apprentissage de comportements déviants. Cohen propose la notion de sous-culture délinquante à la place de la notion de désorganisation sociale. La notion de sous culture délinquante sous-entend que les activités déviantes sont le plus souvent le fait des classes sociales défavorisées. Les activités déviantes correspondent à des normes de conduite, pour ces classes défavorisées. Prenons l'exemple d'un individu qui vive dans des conditions économiques et sociales difficiles. Selon Albert Cohen, il pourrait n'exister aucun lien entre la déviance de cet individu en matière de consommation d'alcool et le degré d'organisation de son groupe primaire. Le fait que cet individu devienne un buveur excessif peut-être lié à son appartenance à une sous-culture délinquante. La caractéristique des membres appartenant à cette sous-culture délinquante est que ceux-ci vivent dans les mêmes conditions que l'individu. Ainsi, le fait que cet individu boive excessivement l'alcool n'est pas lié à la désorganisation de

son groupe primaire. La consommation excessive d'alcool est liée au fait que l'individu appartient à une sous-culture délinquante, qui possède comme norme de conduite ce comportement déviant. Robert King Merton propose une approche inégalitariste ou anomique de la déviance. Cette approche peut s'appliquer à la déviance en matière d'alcool. L'approche inégalitariste postule que dans une société les inégalités sociales, situations anormales telles que les inégalités de revenu, d'accès à la culture, de chance telles que le chômage, la pauvreté, les soucis quotidiens, etc. peuvent être sources de comportements déviants, dont la dépendance alcoolique. Merton comme Cohen, soutient que les activités déviantes sont le plus souvent le fait des classes sociales défavorisées. L'individu défavorisé enfreint alors l'ordre courant des choses pour atteindre ses objectifs dans la société, n'ayant pas les moyens légitimes ou normes de comportements pour y parvenir. Psychologiquement étant affaiblie par exemple par une situation de chômage, la personne alcoolique va boire plus que de normale, pour résoudre un mal-être, combler un vide. Selon Merton, les personnes agiraient en déviants, faute de moyens ou pour atteindre leur but, comme si des normes de conduites seraient absentes. Merton soutient qu'un individu agira toujours en fonction d'une norme, peu importe les moyens qu'il a. En effet, les actions du déviant peuvent être normales dans la sous-culture, mais anormales dans la culture globale. En fait, la sous-culture tire ses normes de la culture globale, mais en inverse le sens. Si pour Thomas la désorganisation du groupe primaire est un état transitoire, pour Merton, la désorganisation sociale est « *une situation structurellement ordonnée de telle sorte qu'elle reproduise les conditions de la déviance* »¹⁰⁷. Cette assertion signifie que la non-résolution des problèmes des classes sociales défavorisées est source de maintenance de la déviance des individus. Prenons l'exemple d'une personne qui est licenciée, et qui commence à boire de l'alcool à la suite de ce licenciement. Selon Merton, si cette personne ne retrouve pas de travail ou une activité pour occuper de façon objective son temps, cette situation pourrait reproduire les conditions de la consommation de l'alcool, et même déboucher sur une dépendance alcoolique. C'est comme si dans des conditions d'inégalités sociales, la déviance apparaît pour le déviant, comme sa seule issue pour retrouver son équilibre social.

¹⁰⁷ Ogien, Albert. *Sociologie de la déviance*, première édition, Presses Universitaires de France, 2012, p. 134.

2- Les théories explicatives des logiques irrationnelles de recours à l'alcool

Ces théories stipulent qu'il existe des logiques irrationnelles de recours à l'alcool. Nous en avons trois. Nous avons deux théories de type neurobiologique. Ce sont les suivantes : la théorie du potentiel addictif¹⁰⁸ de l'alcool sur l'être humain, et la théorie de la perte de contrôle. La troisième théorie se trouve dans le domaine des mathématiques. Toutefois, elle est adaptable en sciences humaines et sociales. C'est la théorie du cercle vicieux. La troisième théorie vient un peu comme en conclusion aux deux premières théories. La particularité des théories explicatives des logiques irrationnelles de recours à l'alcool est que, ce n'est pas l'individu qui est à l'origine de la consommation d'alcool. Mais, c'est plutôt le produit. En effet, ces théories mettent en évidence des phénomènes qui se déroulent sur trois temps, une fois l'alcool absorbé par l'individu. Ces phénomènes liés au pouvoir addictif de l'alcool pourraient expliquer l'irrationalité de la consommation de l'alcool, à un moment donné chez l'individu. Dans un premier temps, comme nous l'avons indiqué dans la problématique de l'étude, nous avons l'accoutumance à l'alcool. À celle-ci, nous rajoutons dans ce premier temps, le « système de récompense¹⁰⁹ » mis en place par le cerveau, pour l'alcool. Dans un second temps, nous avons l'effet de tolérance. Dans un troisième temps, nous avons la dépendance physiologique et psychologique à l'alcool. Notons que la dépendance physiologique à l'alcool est indispensable pour parler d'alcoolodépendance. Ce sont tous ces phénomènes réunis, qui permettraient d'expliquer l'irrationalité de la consommation d'alcool, à un moment donné, chez l'individu. Dans cette section, nous mêlerons la description de théories et des phénomènes. Il s'agira pour nous tout en décrivant les théories, de décrire les phénomènes qui s'y déroulent, selon leur ordre d'apparition. Cette section se divise en trois sous-sections qui sont les suivantes :

- Premier temps : la théorie du pouvoir addictif de l'alcool : l'effet d'accoutumance à l'alcool et le système de récompense mis en place par le cerveau pour l'alcool ;

¹⁰⁸ Autrefois, il était question de la théorie de la pharmacodépendance des substances psychoactives. Mais aujourd'hui, avec la différenciation des substances selon leur usage médical ou profane, le terme pharmacodépendance se limite uniquement aux conséquences de l'usage abusif des médicaments. Richard, Denis, et Jean-Louis Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, p. 129.

¹⁰⁹ Wallenhorst, Thomas. *Se libérer de l'alcool en clair*, éd. Ellipses, Paris, 2018, p. 19-33. (Voir système de récompense).

- Deuxième temps : la théorie du pouvoir addictif de l'alcool : l'effet de tolérance à l'alcool ;
- Et troisième temps : la théorie de la perte de contrôle et la théorie du cercle vicieux : la dépendance physiologique et psychologique à l'alcool.

2.1-Premier temps : la théorie du pouvoir addictif de l'alcool : l'effet d'accoutumance à l'alcool et le système de récompense mis en place par le cerveau pour l'alcool

Comme nous l'avons indiqué dans la problématique de l'étude, au premier contact avec l'alcool, un message est envoyé au cerveau de l'ingestion d'un nouveau produit. D'une part, l'organisme au contact de l'alcool commence un processus d'adaptation au nouvel produit, qu'il vient d'ingérer. C'est l'effet d'accoutumance. D'une autre part, un « *système de récompense*¹¹⁰ » au niveau du cerveau se met en place depuis le premier verre d'alcool. Ce système a une action addictogène et sur le psychisme de l'individu. Il a pour but respectivement de, renouveler l'expérience de la consommation, réguler le plaisir, et créer une appétence particulière pour l'alcool. C'est la théorie neurobiologique du potentiel addictif de l'alcool sur l'être humain. Selon cette théorie, l'alcool posséderait un pouvoir addictif sur l'individu. Ce pouvoir addictif de l'alcool s'installe dès la première expérience avec l'alcool. Il pourrait expliquer les logiques irrationnelles de recours à l'alcool chez l'individu, à un moment donné.

2.2-Deuxième temps : la théorie du pouvoir addictif de l'alcool : l'effet de tolérance à l'alcool

Dans cette section, nous montrons comment l'organisme augmente sa capacité à consommer l'alcool. Cette augmentation permet petit à petit l'installation d'une dépendance. Cette dépendance est irrationnelle parce qu'en réalité, elle n'est pas le fruit de l'être humain.

Après l'effet d'accoutumance et la mise en place du système de récompense par le cerveau pour l'alcool, suit l'effet de tolérance. La tolérance reflète l'ensemble des mécanismes adaptatifs mis en place par l'organisme. L'effet de tolérance signifie que l'organisme agrandit ses capacités, pour pouvoir recevoir plus de quantité d'alcool. La tolérance à l'alcool se caractérise par une

¹¹⁰ Idem.

diminution des effets produits par une même dose de l'alcool ¹¹¹. La diminution des effets signifie que les effets ressentis à une certaine dose, ne sont plus retrouvés.

La raison est que l'organisme s'est habitué à la présence de l'alcool. Ainsi, pour pouvoir retrouver un effet initial, l'individu est obligé d'augmenter sa consommation. Or qui dit répétition de la consommation d'alcool, tend vers sa consommation excessive ainsi que ses abus.

C'est l'approche pharmacologique de la consommation de l'alcool. Cette approche fait partie de la théorie du pouvoir addictif de l'alcool. Cette approche pourrait expliquer la phase critique de la consommation d'alcool, avant l'alcoolodépendance proprement dite¹¹². L'effet de tolérance n'est pas le produit des actions de l'individu, mais plutôt le résultat du pouvoir addictif du produit. Cet effet constitue une logique irrationnelle de recours à l'alcool, dans la mesure où il accroît les pourrait induire des excès de consommation, voire une dépendance à la longue.

2.3-Troisième temps : la théorie de la perte de contrôle et la théorie du cercle vicieux : la dépendance physiologique et psychologique à l'alcool

L'individu se retrouve dans une situation, où il a besoin de l'alcool. Ce besoin a été créé par l'alcool lui-même. Ici, nous avons deux théories en présence : la théorie de la perte de contrôle et celle du cercle vicieux. Toujours selon la théorie neurobiologique du potentiel addictif¹¹³ de l'alcool, dans un troisième temps, étant donné le fait que l'organisme peut consommer plus d'alcool, il existe une espèce de vide ou de manque qui doit être comblé par plus d'ingestion d'alcool. C'est la théorie du cercle vicieux. Ce manque crée par l'alcool lui-même, doit être

¹¹¹ Richard, Denis, et Jean-Louis, Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, p. 405.

¹¹² Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 40.

¹¹³ Autrefois, il était question de la théorie de la pharmacodépendance des substances psychoactives. Mais aujourd'hui, avec la différenciation des substances selon leur usage médical ou profane, le terme pharmacodépendance se limite uniquement aux conséquences de l'usage abusif des médicaments.

Richard, Denis, et Jean-Louis, Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, p. 129.

comblé, sinon apparaissent les symptômes physiques de sevrage ou de manque¹¹⁴. Il faut préciser que ce besoin est de nature impérieuse. De plus, l'individu n'est plus à l'initiative de la consommation de l'alcool. Mais, « *le système de récompense* »¹¹⁵ implicitement inséré depuis le premier verre d'alcool a fait son effet addictogène, à force de demande de la consommation : la dépendance à l'alcool. L'individu est alors dépendant physiquement et psychologiquement de l'alcool.

Cette situation nous conduit à notre troisième théorie, celle de la perte de contrôle¹¹⁶. Selon cette théorie, l'individu aurait perdu le contrôle de sa consommation. Cette assertion signifie, qu'arrivé à un moment donné, l'individu même s'il ne veut pas boire l'alcool, ne peut s'empêcher de le faire¹¹⁷. Les personnes diront par exemple : « *...je peux m'arrêter quand je veux...* ». En réalité, ils ne peuvent pas le faire, parce qu'¹¹⁸ il existe « *un point de non-retour à partir duquel la personne ne peut plus revenir à une consommation modérée* ». Généralement, lorsque les buveurs sont encore « *dans l'alcool* », même s'ils sont conscients d'avoir franchi cette ligne, ils ont du mal à l'admettre, comme l'exprime l'assertion ci-dessus. La perte de contrôle ne s'accompagne pas forcément de la perception de la perte de contrôle. C'est ce qu'on appelle le déni.

III- Le processus de qualification des actes dits déviants

Dans cette section, il s'agira pour nous de décrire le processus de qualification des actes déviants. À la fin de la lecture de cette section, nous saurons de manière générale comment on

¹¹⁴ Graziani, Pierluigi, et Daniela Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool ?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, p. 76-77.

¹¹⁵ Wallenhorst, Thomas. *Se libérer de l'alcool en clair*, éd. Ellipses, Paris, 2018, p. 19-33. (Voir système de récompense).

¹¹⁶ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 33-42.

¹¹⁷ Cette théorie est la même décrite dans la formule du Docteur Fouquet, pour définir l'alcoolisme. Pour lui, l'alcoolisme se définit comme étant « *une perte de liberté de s'abstenir de l'alcool* ». Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 20. Graziani, Pierluigi, et Daniela Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool ?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, p. 69, 99.

¹¹⁸ Wallenhorst, Thomas. *Se libérer de l'alcool en clair*, éd. Ellipses, Paris, 2018, p. 16, 19-20.

désigne les comportements déviants ? qui les désigne ? En sociologie, c'est la seconde école de Chicago qui répond à ces questions spécifiques. Les théories mobilisées par la seconde école de Chicago pour la désignation des comportements déviants sont : la théorie de l'étiquetage et la théorie de l'étiquetage modifié. À partir de l'explication de ces théories, nous saurons de façon spécifique, comment on désigne les comportements déviants en matière de consommation d'alcool ? qui désigne les comportements déviants en matière de consommation d'alcool ? Cette section est divisée en deux sous-sections qui sont les suivantes : la théorie de l'étiquetage et la théorie de l'étiquetage modifié.

1- La théorie de l'étiquetage

Selon la seconde école de Chicago, la théorie de l'étiquetage pourrait se résumer en deux faits essentiels :

- Premièrement, l'étiquetage est une action : le fait d'étiqueter, c'est-à-dire d'apprécier les comportements d'autres individus ou groupes d'individus, en fonction de normes individuelles et/ou sociales, de manière générale et dans notre contexte précis, en matière de consommation d'alcool ;
- Deuxièmement, l'étiquetage est le fait d'individus ou de groupes d'individus : ces derniers sont appelés les entrepreneurs de morale. Le créateur du concept entrepreneur de morale est Howard Saul Becker.

L'étiquetage est défini comme étant l'action de marquer un objet, une personne ou un animal d'une étiquette. En lien avec notre thème, l'étiquetage est le fait que certains individus apposent des étiquettes aux comportements d'autres individus ou groupes d'individus, en matière de consommation d'alcool. Le terme étiquette a plusieurs définitions. En voici quelques-unes :

- L'étiquette est un petit morceau de papier, de carton, fixé à un objet pour en indiquer le contenu, le prix, la destination, le possesseur, etc ;
- L'étiquette est ce qui marque quelqu'un et le classe dans un parti, une école, etc.

De la définition littérale du terme étiquette, nous comprenons que les étiquettes sont des attributs qui permettent de qualifier l'objet, l'animal ou l'individu, auxquelles elles sont attribuées. La qualité déviante est attribuée rétrospectivement, au comportement d'un individu, à travers une réaction sociale, organisée et dirigée par les entrepreneurs de morale. Lors de

l'attribution de cette qualité, une étiquette de déviant est attribuée à l'individu ciblé. Edwin Lemert appelle ce processus, l'individuation sociopathique. C'est pourquoi la théorie de l'étiquetage est encore appelée théorie de la réaction sociale.

Pour illustrer l'étiquetage, prenons l'exemple d'un consommateur d'alcool, qui a des amis non-alcooliques. Lui, tout comme ses amis peuvent se faire des remarques sur leur consommation d'alcool. L'étiquetage consistera à dire par exemple :

- Pour la personne qui consomme l'alcool, à ses amis non-alcooliques : « *Je ne sais pas pourquoi vous ne buvez pas l'alcool ?* »

- L'un des amis non alcooliques peut rétorquer à son ami usager d'alcool : « *Je trouve que tu as assez bu d'alcool ; tu devrais peut-être faire attention maintenant.* »

L'étiquetage est un jugement ou une classification de certains comportements d'individus ou de groupes d'individus, parmi les comportements déviants, en fonction de normes établies par les entrepreneurs de morale. Nous pouvons avoir un jugement neutre, négatif ou positif sur les attitudes des autres.

Ainsi, nous pouvons avoir un étiquetage neutre, négatif ou positif sur les attitudes des autres. Avoir un étiquetage neutre signifie avoir un jugement ou une appréciation neutre du comportement de l'autre. Il en va de même pour l'étiquetage négatif et l'étiquetage positif. Les trois assertions précédentes sont valables, en matière d'appréciation de la consommation d'alcool des individus dans la société. Pour illustrer avec notre thème, en rapport avec l'exemple précédent, de l'étiquetage du consommateur d'alcool, y compris celui de ses amis, aucun n'est neutre en réalité. Les appréciations faites à l'endroit de leur consommation d'alcool, les unes envers les autres, sont négatives.

2- La théorie de l'étiquetage modifié

Selon Howard Saul Becker, les entrepreneurs de morale sont ceux qui étiquettent les comportements des autres. Pour lui, parmi les entrepreneurs de morale, nous avons deux catégories : les créateurs de normes et les défenseurs de normes. Les créateurs de normes sont ceux qui créent les normes. Les défenseurs de normes sont ceux qui défendent les normes.

Les créateurs de normes décident du contenu des normes. Est qualifié de déviant, tout comportement en non-conformité avec les normes établies par les créateurs des normes. Le non-

respect ou la non-application des normes est ce qu'on appelle la déviance. Les défenseurs veillent à l'exécution des normes. Lorsque la déviance d'un individu ou d'un groupe d'individus est découverte, celle-ci entraîne une sanction de l'individu ou du groupe d'individus par les défenseurs de normes.

En lien avec notre thème, nous avons :

1. **Comme créateurs de normes** : les individus, les collectivités, l'État, l'Oms qui s'occupe de la santé, en général dans le monde entier, comme nous l'avons expliqué dans la section sur la définition du terme déviance ;

2. **Comme défenseurs de normes** : les policiers, les défenseurs des droits de l'homme, les individus et les groupes d'individus qui défendent les normes, qu'ils ont eux-mêmes créés.

En lien avec notre thème, prenons l'exemple d'un individu qui conduit en étant fortement alcoolisé. Imaginons que cet individu croise les policiers en route. Ceux-ci lui demandent de faire un alcooltest. Si l'alcooltest s'avère positif, l'individu devra payer une contravention, pour conduite en état d'ivresse.

Selon Edwin Lemert¹¹⁹, lorsqu'un individu s'écarte d'une norme, pour des raisons sociales ou culturelles, comme nous l'avons expliqué dans la section sur la première école de Chicago, on parle de déviance primaire. Quand c'est une instance de contrôle social ou un entrepreneur de morale qui reconnaît un acte posé comme déviant, on parle de déviance secondaire. La déviance secondaire est une réaction socialement organisée, découlant de la déviance primaire, ou une étiquette de déviant est attribuée rétrospectivement à un individu, par d'autres individus.

Lemert défend aussi une autre représentation de la déviance. C'est celle-là qui nous intéresse. Selon cette représentation, une personne peut manifester un comportement déviant ou tenir un rôle social déviant (déviance primaire), en sa faveur ou comme moyen de défense (déviance secondaire). Pour illustrer avec notre thème, prenons le cas d'une personne qui n'a pas l'habitude de boire excessivement, mais pour appartenir à un groupe d'amis, décide de se conformer à cette attitude. Il décide donc de boire plus que la normale. La première fois qu'il décidera d'adopter ladite attitude, on pourra considérer cette première fois comme une déviance primaire. Imaginons que cet individu décide d'adopter ce rôle social déviant en sa faveur, une seconde fois. À ce moment, son attitude pourra être qualifiée de déviance secondaire.

¹¹⁹ Ogien, Albert. *Sociologie de la déviance*, première édition, Presses Universitaires de France, 2012, p. 158-159.

Pour nous, Howard Becker résume bien la pensée de Lemert dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6-typologie des comportements déviants

Étiquette	Comportement	
	Obéissant à la norme	Transgressant la norme
Perçu comme déviant	Accusé à tort	Pleinement déviant
Non-perçu comme déviant	Conforme	Secrètement déviant

Le tableau ci-dessus nous montre la typologie des comportements déviants. Il met en évidence les éléments constitutifs, pour pouvoir qualifier un comportement de pleinement déviant. En réalité, une attitude correcte et perçue comme non déviante, pourrait être qualifiée d'acte conforme aux normes sociales ; tandis qu'une attitude incorrecte et perçue comme non déviante, pourrait être qualifiée d'acte déviant secret. Prenons l'exemple de l'individu cité ci-dessus. Si les défenseurs de normes ne découvrent pas d'infraction de normes, ils pourront qualifier la consommation d'alcool de l'individu de normale ; tandis que si les défenseurs de normes trouvent que pour appartenir au groupe, l'individu n'a pas besoin de boire excessivement, le fait de boire pour cet individu qui n'en a pas l'habitude, pourrait être qualifié d'acte déviant secret.

Pour conclure, selon Becker, deux critères permettent de qualifier un acte de déviance à l'état pur :

- Les normes internes de l'individu lui-même doivent classer cet acte comme déviant
- Les normes externes doivent permettre à des personnes extérieures de qualifier cet acte d'infraction.

Ainsi, le fait qu'un acte soit qualifié de déviant par les défenseurs de normes, ne suffit pas pour dire si c'est un acte déviant à l'état « *pur* ». Il faut que l'individu aussi soit convaincu de cette qualification. Nous continuons avec l'exemple de l'individu cité ci-dessus. Imaginons que les défenseurs de normes identifient cet individu, lors de la déviance primaire, comme une personne déviante. Si l'individu concerné pense que son acte est correct, l'individu souffre d'une fausse

accusation. Pourtant, cet individu n'a pas l'habitude de boire. Cela voudrait dire que l'individu a réorganisé son système de valeurs, pour s'adapter à la situation d'appartenance au groupe. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'une norme à elle seule ne peut pas constituer l'ensemble d'une culture. Ainsi, une personne qui a pour habitude d'avoir des comportements non déviants, peut parfois poser des actes conformes à la norme.

La désignation de la déviance n'étant pas absolue, Becker propose de recourir à un modèle séquentiel de la déviance. Pour lui, il faudrait inclure la notion de temporalité pour qualifier une personne de déviante. En lien avec notre thème, cette assertion signifie que pour qualifier une personne de déviante en matière d'alcool, il faut tenir compte à la fois du contexte de consommation, et des motifs du comportement de la personne.

Selon Melvin Polner, pour pouvoir repérer des actes objectivement déviants à partir de la théorie de Becker, on pourrait se fixer sur les deux modèles de désignation de conduite déviante dans la classification faite par Becker : « *fausse accusation* » et « *déviance secrète* » ; ce qui prouve que la déviance existe à l'état pur, puisqu'on n'a pas besoin de réaction sociale pour qu'elle soit objectivement qualifiée ainsi¹²⁰.

Melvin Polner critique aussi Goffman, dans le sens où, même si les personnes déviantes « *Savent ce qu'elles font* » et que l'attitude est perçue comme déviante, qu'est-ce qui fait que ce comportement purement déviant finit par être jugé normal ?

À la fin des années 1980, une « *seconde théorie de l'étiquetage* » va se développer : c'est la théorie de l'étiquetage modifiée. Cette théorie stipule que l'étiquetage entraînera des conséquences d'un point de vue théorique¹²¹. Ces conséquences sont valables en matière de qualification de la déviance dans la consommation d'alcool. On ne va pas changer la théorie de l'étiquetage, mais plutôt lui apporter des amendements, des extensions. En 1987, Bruce G. Link déclare : « *l'étiquetage peut affecter la vie des personnes d'autres façons qu'en produisant directement le désordre mental* ». La théorie de l'étiquetage modifiée de Link montre que les individus qui souffrent de désordre mental, ont eux-mêmes intériorisé une image négative de la

¹²⁰ Ogien, Albert. *Sociologie de la déviance*, première édition, Presses Universitaires de France, 2012, p. 163-164.

¹²¹ Link, Bruce George, Cullen, Francis Thomas, Struening, Elmer, Shrout, Patrick E., et Dohrenwend, Bruce Philip. (Page consultée le 8 octobre 2021). *A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders : An Empirical Assessment*. *American Sociological Review*, 54(3), 400, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.2307/2095613>

maladie mentale, avant d'avoir été étiquetés. La stigmatisation ou le rejet est le fruit de leur auto-étiquetage. En lien avec notre thème, prenons le cas d'un malade alcoolique. Imaginons que celui-ci ne reconnaisse pas être malade alcoolique. Selon Link, cette situation pourrait s'expliquer par le fait que la personne elle-même, a intériorisé des représentations négatives de la maladie alcoolique, avant de devenir malade alcoolique.

En 1966, Thomas Scheff a mis en évidence que l'image que les médias véhiculent de certaines catégories, telles que l'image du malade mental dangereux à travers les films, peut influencer la façon dont le malade sera vu dans la société. C'est le cas avec la maladie alcoolique.

Par exemple, il existe des films présentant à certaines séquences des clochards. Ils ne sont pas correctement vêtus et sont parfois dans un état d'ivrognerie. Lorsque nous voyons ces séquences, l'on se dit qu'être malade alcoolique, c'est ressembler au clochard qu'on a vu dans le film. Par conséquent, on ne peut pas être malade alcoolique, car même le reconnaître, c'est s'identifier automatiquement au clochard du film.

Ainsi, la théorie de l'étiquetage modifiée intègre la dimension de l'auto-étiquetage. Les conséquences négatives de l'étiquetage peuvent découler au moins de deux mécanismes psychosociaux :

- la façon dont les individus se dévalorisent eux-mêmes ou qu'ils dévalorisent certaines choses;
- la façon dont les autres vont apprécier leur comportement dans un domaine donné.

La théorie de l'étiquetage modifiée, va donc intégrer le champ de la santé mentale et la modification de l'étiquetage. Plus une personne se dévalorise et se discrimine, plus elle sera sujette à la dépression, à la démoralisation, au chômage, pour ne citer que ceux-là¹²². En lien avec notre thème, imaginons qu'un individu ne supporte pas les personnes en état d'ivresse. Cet individu, lors d'une fête, s'enivre. Il en oublie le souvenir. Ces amis présents, lors de cette soirée où il s'est énivré lui rappellent sa séquence d'enivrement. L'une des conséquences négatives de son étiquetage des personnes en état d'ivresse, peut-être la honte vis-à-vis de lui-même et/ ou de ses amis, après sa séquence d'enivrement. Il se produit une stéréotypisation en l'individu,

¹²² Link, Bruce George, Cullen, Francis, Thomas, Mirotnik, Jerold, & Struening, Elmer. (1992). *The consequences of stigma for persons with mental illness : Evidence from the social sciences. Dans Stigma and mental illness* (p. 87-96, 363-385). American Psychiatric Association, [En ligne]. Adresse URL : <https://psycnet.apa.org/record/1992-97606-006>

une séparation eux, les individus en état d'ivresse, et nous, les individus normaux ⁹⁵. Selon Phelan et Link, l'individu à ce moment s'auto stigmatise. Pour Phelan et Link : « *On applique donc le terme de stigmaté lorsque des éléments d'étiquetage, stéréotypisation, séparation "eux" – "nous", perte de statut et discrimination ont lieu concurremment dans une situation de pouvoir qui permet aux composantes du stigmaté de se développer* » ⁹⁶.

IV- La sociologie du risque : comment adopte-t-on ou s'expose-t-on à des risques ?

L'alcool est un produit qui est très apprécié de façon générale dans le monde, et particulièrement en France. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre sur l'approche sociohistorique de l'alcool et de l'alcoolisme, il est vrai que l'usage de l'alcool comporte des avantages. Mais il comporte aussi des risques. Les risques liés à l'usage de l'alcool par les individus sont par rapport aux avantages que l'alcool procure dans la société. Les risques sont pris : soit pour atteindre un mieux-être, soit pour résoudre un mal-être. Ces risques peuvent être collectifs ou individuels. L'introduction d'une variable intermédiaire, dans la consommation de l'alcool pourrait expliquer la persistance dans le comportement à risque, que représente l'usage de l'alcool dans la société¹²³.

Étymologiquement, le risque provient de l'italien « *risco* », du latin populaire « *resecum* », qui signifie ce qui coupe. Déjà dans cette définition, nous comprenons que le risque comporte un aspect négatif, la coupure. Dans le dictionnaire Larousse, le risque se définit comme :

- Le fait de s'engager dans une action qui pourrait apporter un avantage, mais qui comporte l'éventualité d'un danger ;
- Un préjudice, un sinistre éventuel que les compagnies d'assurance garantissent moyennant le paiement d'une prime¹²⁴.

Dans le dictionnaire Robert, le risque se définit comme :

- Un danger plus ou moins prévisible ;
- Une éventualité d'un événement qui peut causer un dommage ;

¹²³ Link, Bruce George, et Phelan, Jo, Carol. (Page consultée le 8 octobre 2021). *Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

¹²⁴ Larousse. (Page consultée le 11 octobre 2021). *Risque*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/risque/69557>

- Le fait de s'exposer à un danger dans l'espoir d'obtenir un avantage¹²⁵.

Selon le CNRTL, le risque se définit comme : « *une éventualité d'un événement futur, incertain ou d'un terme indéterminé, ne dépendant pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer la perte d'un objet ou tout autre dommage* »¹²⁶.

En résumé, dans le terme risque, nous avons plusieurs notions :

- Le risque est une exposition volontaire ou involontaire de l'individu, d'un animal, d'une chose à une situation ;
- Le risque est un danger à propos duquel on est averti et qui prend parfois la tournure d'une norme ; le risque peut être une exposition inconsciente à un danger ;
- Le risque comporte des avantages et/ou des inconvénients ;

En lien avec notre thème, prenons l'exemple des métiers dits dangereux. L'individu, travaillant dans l'un de ces métiers, peut décider de consommer de l'alcool, pour accomplir une tâche particulière ou se surpasser dans ses efforts. L'individu connaît les objectifs poursuivis à travers la consommation de l'alcool. Mais imaginons que l'individu ne connaisse pas ses limites en matière de consommation d'alcool, celui-ci peut consommer excessivement l'alcool.

Dans cet exemple, l'exposition de l'individu à l'alcool est volontaire. Mais, l'exposition aux dangers encourus, à la suite de la consommation d'alcool est inconsciente.

- Le risque pris ; on peut aussi décider d'empêcher la récurrence.

Cette section est divisée en deux sous-sections :

- Les risques individuels ;
- Et les risques collectifs.

1- Les risques individuels

Il existe des risques individuels parce que l'exposition au risque est individuelle. Cela signifie que le risque lié à l'alcool peut être pris individuellement. Selon Bastien Soulé et Jean

¹²⁵ Gérardin, Françoise. *Le Robert dictionnaire pratique de la langue française*, France Loisirs Paris, 2002, p. 1488.

¹²⁶ CNRTL. (Page consultée le 11 octobre 2021). *Risque*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/risque>

Corneloup, il existe deux types de conduites à risque que sont les risques pathologiques et les risques dynamiques.

Cette classification peut s'appliquer à la consommation d'alcool. En d'autres termes, certains types de consommation d'alcool seront qualifiés de risques pathologiques et d'autres de dynamiques. Bastien Soulé et Jean Corneloup soutiennent que ces deux types de conduites à risque s'opposent entre elles.

En effet, pour eux, les risques de type anémique sont pris pour résoudre ou pallier un mal-être caché ou visible notamment une situation anémique existante, une instabilité sociale, un défaut d'intégration sociale¹²⁷, ou une trop grande intégration.

Pour illustrer les risques de type anémique, en lien avec notre thème, prenons le cas d'une personne timide. Supposons que cette personne décide de consommer l'alcool, pour cacher sa timidité, en buvant de l'alcool. À ce moment, le risque qu'elle prend est de type anémique, car le but est de pallier un mal-être caché. L'alcoolodépendance vient après.

Les seconds types de conduites à risque, les dynamiques, concernent des personnes qui veulent connaître leurs limites, les dépasser, explorer la vie, leur existence, lui en donner une signification, fuir la routine, expérimenter de nouvelles sensations, explorer les capacités de leur corps¹²⁸, se défoncer ou s'éclater. Les personnes exposeront leur corps au danger afin d'atteindre le mieux-être recherché.

En lien avec notre thème, prenons l'exemple des adolescents qui participent à des binge drinking ou des rave party. L'objectif de ces soirées est de se défoncer ou de s'éclater. Dans ce genre de soirées, les adolescents s'adonneront à des comportements à risque dont font partie l'usage anormal de l'alcool. Tout comme le premier exemple, l'alcoolodépendance vient après. Tandis que l'origine du premier exemple d'alcoolisme est un contexte précaire social précis, l'origine du second exemple d'alcoolisme ne l'est pas. Pour le second alcoolisme, ce seront plutôt des jeunes qui voudront explorer le monde ou expérimenter la vie à leur manière, afin de donner une signification à leur existence. Dans les deux cas, le risque pour « l'identité » prime sur le risque pour « la santé ». Que les risques soient de type dynamique ou anémique, Bastien

¹²⁷ La peur de ne pas être normal ou de ne pas être à la hauteur, des attentes des autres, le plus souvent le cas des jeunes personnes

¹²⁸ L'exemple des activités physiques et sportives à risque

Soulé et Jean Corneloup classent aussi les risques, dans la société française, respectivement par deux catégories qui sont :

- Le statut actif ou passif de l'individu lors de l'exposition au risque ;
- Et au sein de la première catégorie, par ordre décroissant de « *dangerosité* » corporelle.

Sur la base de cette classification, nous avons trois catégories de comportements à risque en France. Nous pouvons uniquement généraliser les catégories de comportement, pas l'ordre des comportements, qui est relatif à la France. Ces catégories de comportement sont les suivantes :

- les conduites motrices intentionnellement risquées : les conduites automobiles risquées, le suicide, les violences physiques (bagarres entre jeunes de quartiers), les comportements sportifs à risque ;
- Les consommations à caractère risqué ou illicite : l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie ;
- Les risques passifs : les comportements sexuels à risque, le décibelisme, les piercings, la négligence vis-à-vis de sa santé, et la mauvaise alimentation.

2- Les risques collectifs

Il existe des risques collectifs, c'est-à-dire l'exposition au risque est collective.

L'exposition collective au risque varie :

- D'une société à une autre : selon le champ géographique ;
- D'une période de l'histoire à une autre : selon le champ temporel ;
- D'un groupe d'individus à un autre ;
- Des femmes aux hommes : selon le genre ;
- Des jeunes aux personnes âgées : selon l'âge ;
- Selon les représentations que ces différentes couches de la population se font du risque.

L'exposition collective aux risques liés à l'usage de l'alcool existe.

- Le risque lié à l'usage de l'alcool différant d'une période de l'histoire à une autre. Aujourd'hui, avec les polytoxicomanies, les risques liés à l'usage de l'alcool augmentent.
- Le risque lié à l'usage de l'alcool varie d'un groupe d'individus à un autre.

L'hypothèse héréditaire de la maladie alcoolique existe toujours. Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale est un exemple de l'exposition collective aux risques liés à l'alcool. L'enfant naît avec des symptômes de l'alcoolisme de sa mère.

- Les risques liés à l'usage de l'alcool varient selon le genre

En effet, le constat est que les hommes boivent plus que les femmes. Cette situation pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. L'une des raisons est le fait que dans les représentations sociales, une femme qui boit est mal vue par rapport à un homme qui boit. Une autre raison est que certains hommes voient en l'alcool, un moyen pour construire leur identité. L'alcool leur permet de se dépasser, d'affronter les charges de la famille, et faire face à leurs responsabilités. Une autre raison est le fait que les hommes sont moins sensibles que les femmes à l'alcool. La diffusion de l'alcool étant moins rapide chez les hommes, l'ébriété est moins rapide, chez eux que chez les femmes. Ils boivent donc plus.

- Le risque lié à l'usage de l'alcool varie selon l'âge.

Les jeunes prennent des risques pour profiter à fond de leur jeunesse, avant qu'ils n'atteignent un âge qui selon eux, infirmera leurs possibilités physiques d'épanouissement¹²⁹. Cette assertion est valable pour la consommation d'alcool. Il y'a plus de jeunes qui font des binge drinking, que de personnes âgées.

Conclusion

Le chapitre II a pour but de présenter l'approche sociologique de la déviance et du risque, ainsi que le lien avec notre thème. Les questions spécifiques autour desquelles s'articulent le chapitre II du cadre théorique sont les suivantes : comment on devient déviant ? Comment des individus adoptent ou s'exposent à des risques ? Ce chapitre est divisé en deux sections, respectivement : la sociologie de la déviance et la sociologie du risque.

La première section est également divisée en deux sous sections qui sont les suivantes : le processus de construction des actes dits déviants et le processus de qualification des actes déviants. Les actes déviants peuvent se construire de façon rationnelle ou irrationnelle. Pour

¹²⁹ Soulé, Bastien, et Jean, Corneloup. *Sociologie de l'engagement corporel : Risques sportifs et pratiques « Extrêmes » dans la société contemporaine*, Armand Colin, Collection Cursus, 2007, p. 17, 116-117.

qualifier un acte de déviant, il faut des créateurs de normes et des défenseurs de ces normes. Howard Becker les nomme les entrepreneurs de morale.

La deuxième section est divisée en trois sous sections qui sont les suivantes : la définition du terme risque, les risques individuels et les risques collectifs. Les risques comportent à la fois des notions d'avantage et de désavantage. Le risque est pris très souvent pour les avantages qu'il rapporte. Selon le niveau de connaissance du risque et la personne ou l'élément à l'origine du risque, un risque peut être : pris ou subi, connu ou inconnu, volontaire ou involontaire, conscient ou inconscient. Qu'ils soient individuels ou collectifs, les risques peuvent être dynamiques ou anoniques. Lorsqu'ils sont dynamiques, ils sont pris pour atteindre un mieux-être. Lorsqu'ils sont anoniques, ils sont pris pour résoudre un mal-être.

Nous pouvons retenir du chapitre II du cadre théorique de l'étude en rapport avec notre thème, que la maladie alcoolique à un moment donné, découle d'une logique irrationnelle. Il y'a une véritable variable intermédiaire qu'il faut prendre en compte, à savoir le pouvoir addictif du psychotrope alcool. L'introduction de cette variable intermédiaire dans l'usage de la consommation d'alcool fait qu'à un moment, quelle que soit la rationalité de la consommation, il y'a une logique irrationnelle qui pourrait aussi expliquer ce comportement. Nous nous trouvons en face d'un produit qui naturellement est à la fois aliment et toxique. Il a plusieurs dimensions. Même s'il est consommé pour des objectifs rationnels à un moment, l'individu est susceptible de rencontrer une irrationalité dans le produit.

Mais ce n'est pas parce que l'individu rencontre une irrationalité dans sa consommation, qu'il en sera forcément conscient. L'individu peut parfois évoquer des pistes rationnelles de sa logique de consommation de l'alcool. Ces pistes peuvent constituer effectivement des facteurs renforçant de la consommation. Il faut que ces facteurs soient aussi pris en compte à cause de l'histoire singulière de l'individu.

CHAPITRE III : COMPRENDRE LA MALADIE ALCOOLIQUE : COMMENT DEVIENT- ON MALADE ALCOOLIQUE ?

Introduction

À l'instar d'autres maladies telles que l'asthme sévère et le VIH sida, la maladie alcoolique demeure mal connue du grand public, parce qu'on en ignore le mécanisme d'apparition. C'est une maladie progressive. On entend souvent dire : « *Je bois comme tout le monde.* » ou bien, « *Prends un verre, ça passera.* », ou encore « *Il est jeune, un verre ne lui fera pas de mal* ». Toutes ces assertions illustrent des consommations, qui cachent le « *tueur silencieux* » : l'alcoolisme. Personne n'est « *immunisé contre* » l'alcoolisme.

En effet, l'alcoolisme est une maladie qui peut atteindre tout le monde : femmes, hommes, enfants, jeunes et personnes âgées, qui abusent de l'alcool. Les gens ne se rendent pas compte rapidement, qu'ils sont malades alcooliques. Quand ils en prennent conscience, la maladie a déjà fait son chemin. C'est souvent le cas, pour les toxicomanies, dont fait partie l'alcoolisme. Dans ce chapitre, nous voulons comprendre le processus d'apparition de la maladie alcoolique, pour la prévenir en la diagnostiquant tôt.

Ce chapitre s'articulera autour de la question spécifique suivante : comment devient-on alcoolique ?

Nous étudierons cette question en quatre sections :

- Les toxicomanies,
- La particularité de la dépendance ou de l'addiction alcoolique,
- Les différentes étapes de la maladie alcoolique
- Et les conséquences de l'alcoolisme sur le malade alcoolique.

.

I- Les toxicomanies

Dans cette section, nous parlerons du grand groupe de maladies appelé « *toxicomanie* ».

Étymologiquement, le mot « *toxicomanie* » est composé de deux termes : la racine toxico et le préfixe manie. Toxico vient du mot grec toxikon, qui signifie poison. Manie vient du mot latin

Manie vient du mot latin mania, qui signifie « folie »¹³⁰. Ainsi, littéralement, la toxicomanie est la folie du poison, la manie des toxiques ou la folie du toxique¹³¹.

Selon l'histoire, l'origine du terme « toxicomanie » provient de la dépendance à l'usage abusif des toxiques. Lorsque nous parlons de toxique, en rapport avec le terme toxicomanie, nous parlons de drogues. La drogue désigne toute substance psychoactive, d'origine naturelle ou synthétique, capable d'agir sur le fonctionnement psychique de l'individu. La drogue peut corriger ou amoindrir les dysfonctionnements psychiques observés chez l'individu.

Dans les années 1810-1820, l'on commence à parler du recours abusif à deux substances psychoactives, notamment l'alcool et l'opium qui entraînent des dépendances chez les personnes. À partir de 1840, le recours aux substances psychoactives se diversifie et leur consommation abusive augmente. Aux deux premières substances signalées, on en rajoute d'autres telles que : l'éther, le chloroforme, le haschich, la coca, la cocaïne, et la morphine.

À mesure que l'usage de ces substances se développe, la science forme des termes pour désigner les abus qui en découlent et pour nommer les personnes qui en abusent. La science cherche aussi à nommer les troubles liés à l'usage problématique des drogues. Le premier terme trouvé fut celui permettant de nommer les troubles liés à l'usage problématique de l'alcool.

Ainsi fut inventé le mot « alcoolisme ». Ce mérite revient au suédois Magnus Huss, qui créa le concept d'« alcoolisme » en 1849. À cette époque, Magnus Huss découvre que l'alcoolisme est une maladie. La création du concept d'alcoolisme ouvre la voie à d'autres concepts décrivant les comportements addictifs, comme l'éthérisme, le morphinisme et le cocaïnisme.

C'est en 1853 que Renaudin propose le préfixe manie, surtout pour qualifier le comportement des individus face aux substances psychoactives. Apparaissent alors les termes comme « Morphinomanie » et « cocaïnomanie ».

Mais, le terme « alcoolisme » persiste. Suivant la nomenclature de Renaudin, le terme générique de « toxicomanie » apparaît dans les années 1880. La toxicomanie désigne alors toute addiction

¹³⁰ Richard, Denis, et Jean-Louis Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, p. 406 – 407.
CNRTL. (Page consultée le 13 décembre 2012). *Manie*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/manie>

¹³¹ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 33-38, 63, 68.
Gérardin, Françoise. *Le Robert dictionnaire pratique de la langue française*, France Loisirs Paris, 2002, p. 1691.

aux substances psychoactives. Actuellement, il est question de polytoxicomanies. Cette situation s'explique par l'évolution des pratiques de poly consommations associant la consommation d'alcool, de médicaments, de drogues diverses synthétiques ou naturelles, etc. La polytoxicomanie qui est une addiction à plusieurs substances psychoactives est opposée à la toxicomanie, qui est une addiction à une seule substance psychoactive. L'addiction est aussi une autre appellation de la toxicomanie. Le passage du terme « *toxicomanie* » au terme « *addiction* » s'est essentiellement déroulé en quatre étapes.

1- « *Toxicomanie* » et « *accoutumance* »

En 1957, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose deux définitions pour les termes de « *toxicomanie* » et « *accoutumance*¹³²». Selon l'OMS, « *La toxicomanie est un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique).* ».

L'OMS définit la toxicomanie selon quatre critères ou caractéristiques : «

- 1) *un invincible désir ou un besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ;*
- 2) *une tendance à augmenter les doses ;*
- 3) *une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ;*
- 4) *des effets nuisibles à l'individu et à la société.* »

L'« *accoutumance* » quant à elle fait référence à l'usage abusif de drogues supposées engendrer l'« *accoutumance* ».

Définie comme « *un état résultant de la consommation répétée d'une drogue* », l'« *accoutumance* » possède aussi quatre caractéristiques : «

- 1) *un désir (mais non une obligation) de continuer à prendre la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre ;*

¹³² Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Série de rapports techniques*, N° 116, 1957, [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36953/WHO_TRS_116_fre.pdf;jsessionid=4B%2085402D5ECBC12FBEF658868D263536?sequence=1

- 2) *peu ou pas de tendance à augmenter les doses ;*
- 3) *une certaine dépendance psychique à l'égard des effets de la drogue, mais absence de dépendance physique et par conséquent, pas de syndrome d'abstinence ;*
- 4) *des effets nuisibles qui, s'ils existent, concernent avant tout l'individu. ».*

Nous constatons que l'accoutumance reprend le premier, le deuxième et le quatrième élément de la définition de la toxicomanie. Seul le troisième élément n'est concerné qu'à moitié, car les effets nuisibles ne concernent que l'individu dans la définition de l'accoutumance.

Tableau 7-Tableau comparatif des caractéristiques de la toxicomanie et de l'accoutumance¹³³

Tableau comparatif des caractéristiques de la toxicomanie et de l'accoutumance	
Caractéristiques de la toxicomanie	Caractéristiques de l'accoutumance
1) un invincible désir ou un besoin (obligation) de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ;	1) un désir (mais non une obligation) de continuer à prendre la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre;
2) une tendance à augmenter les doses ;	2) peu ou pas de tendance à augmenter les doses;
3) une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ;	3) une certaine dépendance psychique à l'égard des effets de la drogue, mais absence de dépendance physique et par conséquent, pas de syndrome d'abstinence;
4) des effets nuisibles à l'individu et à la société.	4) des effets nuisibles qui, s'ils existent, concernent avant tout l'individu.

2- De la « *toxicomanie* » et de « *l'accoutumance* » à la « *dépendance* » et la « *pharmacodépendance* »

¹³³ Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Série de rapports techniques*, N° 116, 1957, [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36953/WHO_TRS_116_fre.pdf;jsessionid=4B%2085402D5ECBC12FB6F658868D263536?sequence=1

Un point commun aux deux types de substances psychoactives, licites ou illicites, est qu'elles entraînent une dépendance physique et/ou psychique. Partant de ce rapprochement, en 1963, il fut recommandé d'employer le terme de « *dépendance* » au lieu des termes « *Toxicomanie* » et « *accoutumance* ¹⁰⁶ ». Cette suggestion a été retenue. Par conséquent, en 1975, on a apporté des modifications à la loi régissant la matière. En 1963, un comité d'experts de l'OMS a voulu approfondir la notion de dépendance. Ce comité d'experts a défini la dépendance comme étant un « *état qui résulte de l'absorption périodiquement ou continuellement répétée d'une certaine drogue. Ses caractéristiques varient suivant les drogues...* ».

Dans les sociétés industrialisées, on constate que les individus abusent autant de substances licites que des substances illicites. Afin d'englober l'abus d'usage de toutes ces substances psychoactives licites, et illicites, l'OMS décide de définir un nouveau terme : la pharmacodépendance. Donc en 1969, les experts de l'OMS ont défini la pharmacodépendance comme un : « *Etat psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.* ». Il fut spécifié qu'il fallait entendre, par « *médicament* », « *Toute substance qui, introduite dans l'organisme vivant, peut modifier une ou plusieurs de ses fonctions* ». En 1969, le Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance définit l'abus comme l' « *Usage excessif, persistant ou sporadique, incompatible ou sans rapport avec un emploi médical acceptable.* » ¹³⁴.

Il faut noter qu'il y a trois mille ans en arrière, chez les Grecs, le mot *pharmakon* désignait indifféremment un remède qui guérit, un médicament ou une substance qui tue, ou un poison ¹³⁵.

3- La conservation du terme « dépendance »

¹³⁴ Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Série de Rapports Techniques*, n° 407, 1969, [En ligne]. Adresse URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37950>

¹³⁵ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 139-140.

En 1973, comprenant les réalités scientifiques et sociales qui entourent les substances psychoactives, les experts de l’OMS retiennent la notion de « *dépendance* » pour parler de l’abus des substances psychoactives, qu’elles soient licites ou illicites. Ils définissent alors les drogues comme étant des substances qui engendrent une dépendance¹³⁶.

Dans les années 90, la psychologie a manifesté la volonté de différencier la dépendance physique (jusqu’alors traitée comme seule manifestation visible du problème) de la dépendance psychique (mise en cause dans les rechutes malgré un sevrage). Cette distinction a permis à l’OMS d’établir sa Classification Internationale des Maladies (CIM) et à l’association américaine de publier son manuel diagnostique des troubles mentaux.

4- De « *dépendance* » à « *addiction* »

Aujourd’hui, force est de constater qu’il existe des addictions sans substances psychoactives¹³⁷. On emploiera alors le terme « *addiction* » pour englober toutes les conduites addictives, afin de passer et de considérer les clivages déjà existants, c’est-à-dire « *alcoolisme* », « *Tabagisme* » et « *toxicomanie* ».

Définie comme une addiction aux substances psychoactives, la toxicomanie est le symptôme d’un malaise profond. Selon le professeur Claude Olievenstein, la toxicomanie est le résultat de « *la rencontre entre un produit, un individu et un contexte* »¹³⁸. La toxicomanie est liée à plusieurs facteurs :

- Des facteurs sociaux (la recherche du plaisir, l’hyper individualisme, la recherche de la performance professionnelle, scolaire ou sportive, la facilité d’accès aux produits, la proximité d’autres usagers, les conflits familiaux, les difficultés dans les relations),

¹³⁶ Organisation mondiale de la santé. (Page consultée le 24 septembre 2021) ; *Série de Rapports Techniques*, n° 516, 1973 [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38565/WHO_TRS_516_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹³⁷ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 67.

¹³⁸ Olievenstein, Claude. *Il n’y a pas de drogués heureux*, Laffont, 1977. Cité par Jauffret-Roustide, Marie. (Page consultée le 20 décembre 2021). *Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2009-3-page-109.htm>

- Des facteurs individuels (l'insatisfaction dans les rapports avec autrui, la construction de la personnalité, le trouble de la personnalité)
- Des facteurs biologiques ou génétiques (un niveau de tolérance élevé à l'alcool, l'existence d'un parent alcoolique dans la famille du malade alcoolique, ou la transmission d'un gène de la maladie alcoolique, par le choix d'un conjoint qui posséderait lui aussi un parent alcoolique dans sa lignée ¹³⁹).

Il est vrai que la toxicomanie et l'addiction sont deux termes, qui mettent en évidence l'existence d'une dépendance. Toutefois, il convient de noter qu'il existe une distinction entre ces deux notions. La toxicomanie est une dépendance liée à des substances psychoactives. L'addiction englobe à la fois l'abus d'usage de substances psychoactives et non psychoactives telles que les jeux vidéo, l'argent, les réseaux sociaux, la nourriture, pour ne citer que ceux-là. En 1937, lors d'une première publication « *Analyse de la destinée*, » Szondi met en évidence les résultats d'une première découverte, qu'il a faite de 1865 à 1869. Szondi démontre que le choix du conjoint dans un couple alcoolique s'opère selon le génotropisme. C'est une théorie selon laquelle le conjoint malade choisit une personne saine. Cette personne saine possède dans sa lignée, un ancêtre qui lui transmet le gène de la maladie mentale sous forme récessive. C'est comme-ci les ancêtres cachés en nous, nous conduisaient à opérer des choix dans les différents domaines de notre vie. C'est la théorie de la destinée contrainte.

¹³⁹ Rousseaux, Jean-Paul, Denis Hers, et Blandine, Faoro-Kreit. *L'alcoolique en famille*. Dimension familiale des alcoolismes et implications thérapeutiques, deuxième édition revue et augmentée, De Boeck Supérieur, Collection Oxalys, 2000, p. 7- 34.

Pour Szondi, médecin, les assuétudes sont des thymopsychothérapies, maladies du contact. Tout comme l'enfant va rechercher le contact de sa mère, l'alcoolique va rechercher le contact de l'alcool, pour remplacer la mère « *infidèle* ». Pour lui, l'union a été frustrante, insuffisante. La dépendance fonctionne comme une prothèse.

Henri Demolder. (Page consultée le 20 décembre 2021). *La théorie pulsionnelle du Dr L. Szondi. De la « destinée – contrainte » à la « destinée-choix » [article]*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.persee.fr/doc/phlou_0035-3841_1958_num_56_51_4964

En 1937, lors d'une première publication « *Analyse du destin* » Szondi met en évidence les résultats d'une première découverte, qu'il a faite de 1865 à 1869. Szondi démontre que le choix du conjoint dans un couple alcoolique s'opère selon le génotropisme. C'est une théorie selon laquelle le conjoint malade choisit une personne saine. Cette personne saine possède dans sa lignée, un ancêtre qui lui transmet le gène de la maladie mentale sous forme récessive. C'est comme-ci les ancêtres cachés en nous, nous conduisaient à opérer des choix dans les différents domaines de notre vie. C'est la théorie de la destinée contrainte.

5- Vocabulaire propre aux dépendances liées à des substances psychoactives

Les toxicomanes sont encore appelés usagers de drogues ¹⁴⁰(UD). Nous distinguons plusieurs types d'usagers de drogues en fonction de la capacité de l'individu à contrôler sa consommation et du type de drogues consommées.

Selon le premier critère de différenciation, Claude Olievenstein distingue deux types d'usagers de drogues : les UD occasionnels parfois appelés UD récréatifs et les UD problématiques¹⁴¹. Les usagers occasionnels et à risques réduits peuvent contrôler leur consommation. Ils n'ont pas totalement perdu leur liberté par rapport au produit. L'usage de la substance psychoactive n'est pas problématique. La consommation serait induite par le plaisir, la curiosité ou par un effet de groupe. Les usagers de drogues, considérés « à problèmes » sont ceux dont la consommation entraîne des problèmes.

Selon le deuxième critère de différenciation, nous avons les UD licites ou illicites, et les UD injectables ou non injectables. Comme nous l'avons déjà expliqué dans la section sur l'évolution du terme « *toxicomanie* » dans le temps, au niveau de la recherche et des institutions, la tendance est de distinguer les substances psychoactives licites, de celles qui sont illicites¹⁴². Parmi celles qui sont licites, nous avons l'alcool et le tabac. Parmi celles qui sont illicites, nous avons l'opium, le cannabis, l'héroïne. Les UD non injectables consomment les drogues par voie orale, inhalée, sans prescription médicale. Les UD injectables (UDI) se font injecter ou s'injectent des drogues par voie veineuse sans prescription médicale¹⁴³.

II- La particularité de l'addiction alcoolique

Cette particularité réside dans trois éléments : l'objet de l'addiction, la nature de la maladie et la nature de la prise en charge. Pour éviter les répétitions, nous traiterons exclusivement la

¹⁴⁰ Ndione, Marie, Solange. (Page consultée le 13 décembre 2021). *Drogue et construction sociale de la Marginalisation*, [En ligne]. Adresse URL : <http://196.1.97.20/viewer.php?c=mmoires&d=meml%5f3557>.

¹⁴¹ Olievenstein, Claude. *La vie du toxicomane*, Première édition, Presses universitaires de France, Psychiatrie ouverte, 1982, p. 7.

¹⁴² Ndione, Marie, Solange. (Page consultée le 13 décembre 2021). *Drogue et construction sociale de la marginalisation*, [En ligne]. Adresse URL: <http://196.1.97.20/viewer.php?c=mmoires&d=meml%5f3557>.

¹⁴³ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 8-17, 69, 27-28, 38-40, 83-86.

nature de la prise en charge de la maladie alcoolique dans la troisième partie qui porte sur la sociologie de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

L'alcool possède une nature qui lui est propre. Des effets et des risques sont aussi rattachés à l'usage de l'alcool.

Le dictionnaire Robert définit l'alcool¹⁴⁴ comme un liquide incolore et inflammable. L'alcool peut être obtenu par deux procédés de fabrication : la distillation du vin et la fermentation de jus sucrés. En chimie, l'alcool c'est tout corps possédant «*la fonction alcool, caractérisée par le groupement hydroxyle –OH, et dont les propriétés sont analogues à celles de l'alcool éthylique (éthanol)* ». Le groupe caractéristique «*hydroxyle* » est lié à un atome de carbone saturé¹⁴⁵. Un atome de carbone est saturé lorsqu'il ne possède que des liaisons simples avec les autres atomes de carbone. Un atome de carbone est insaturé lorsqu'il possède une liaison double ou une liaison triple avec un autre atome de carbone. Il y a des polémiques concernant la nomenclature des composés obtenus lorsque le groupe hydroxyle-OH est lié à un atome de carbone insaturé. Nous avons trois positions majeures :

- Pour certains, l'ensemble des molécules ne formerait pas d'alcool. On y classerait les énols et les phénols,
- Pour d'autres, l'ensemble des molécules formerait un hydrocarbure, avec une fonction alcool,
- D'aucuns parlent d'alcool insaturé.

Les images ci-dessous nous montrent respectivement : les descriptions d'atomes de carbone saturé, de carbone insaturé, un exemple d'alcool, et un composé dans lequel on retrouve le groupe OH lié à un atome de carbone insaturé.

¹⁴⁴ Le robert dictionnaire pratique de la langue française. *L'alcool*, France Loisirs Paris, 2002, p. 41.

¹⁴⁵ CNRTL. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Alcool*, [En ligne]. <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/alcool>

Université d'Oran. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Nomenclature* [En ligne], Adresse URL : https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2652.pdf

Dans les hydrocarbures saturés, toutes les liaisons sont des liaisons simples. Dans les hydrocarbures insaturés, des doubles liaisons et des triples liaisons sont également présentes.

Les hydrocarbures sont des composés chimiques faits uniquement de carbone et d'hydrogène dans des proportions définies. La formule des hydrocarbures est C_nH_{2n} ou $C_nH_{(2n+2)}$ -- ou C_nH_{2n} pour les cycloalcanes pour les alcènes, C_nH_{2n-2} , pour les alcynes.

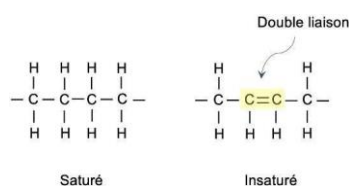


Figure 1-Atomes de carbone saturé et insaturé



Figure 2-Exemple d'alcool : Butan-1-ol

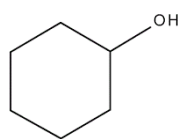


Figure 3-Exemple de composé avec le groupe OH, lié à un atome de carbone insaturé : Le cyclohexanol¹⁴⁷

La formule générale des alcools est $\text{C}_n\text{H}_{2n+2}\text{O}$ ou $\text{C}_n\text{H}_{2n+1}\text{OH}$, avec n représentant le nombre d'atomes de carbones¹⁴⁸. Par exemple, la formule du butanol est $\text{C}_4\text{H}_{10}\text{O}$.

Nous avons trois classes d'alcool : les alcools primaires, les alcools secondaires et les alcools tertiaires. Pour déterminer la classe d'un alcool, il faut chercher le nombre d'atomes de carbones auquel est lié l'atome fonctionnel. L'atome fonctionnel, c'est l'atome de carbone lié au groupe OH. Si l'atome fonctionnel est lié à un atome de carbone, on parlera d'atome primaire. Si l'atome fonctionnel est lié à deux atomes de carbone, on parlera d'atome secondaire. Si l'atome

¹⁴⁶ INRS. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Butan-1-ol*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.inrs.fr/publications/bdd/fichetox/fiche.html?refINRS=FICHETOX_80

¹⁴⁷ INRS. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Cyclohexanol*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.inrs.fr/publications/bdd/fichetox/fiche.html?refINRS=FICHETOX_45

¹⁴⁸ Académie de Montpellier. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Alcools*, [En ligne]. Adresse URL: <https://tice.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille/alcools.htm>

fonctionne les t lié à trois atomes de carbone, on parlera d'atome tertiaire. L'image ci-dessous nous montre des exemples d'alcool primaire, secondaire et tertiaire.

Tableau 8-exemples d'alcool primaire, secondaire et tertiaire¹⁴⁹

Alcool	Butan-1-ol	Butan-2-ol	2-méthylpropan-2-ol
Classe	I	II	III

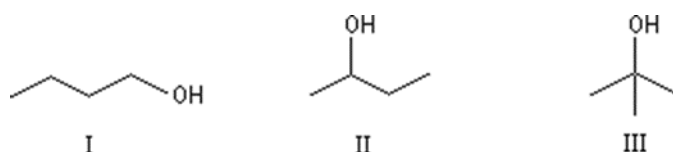


Figure 4: exemples d'alcool primaire, secondaire et tertiaire¹⁵⁰

Lorsqu'un alcool comprend plusieurs groupes OH, ce n'est plus un alcool, mais plutôt un polyalcool¹⁵¹. Pour nommer l'alcool, on suivra la règle générale dans la nomenclature de l'alcool, et la terminaison en « ol » sera précédée de :

- Di, s'il y a deux groupes hydroxyles dans le composé organique,
- Tri, s'il y a trois groupes hydroxyles dans le composé organique, (à l'exemple du Propan-3-ol ou propanetriol, qui possède trois groupes hydroxyles),
- Tetra, s'il y a quatre groupes hydroxyles dans le composé organique. L'image ci-dessous nous montre un exemple de polyalcool.

Parmi tous les alcools que nous avons cités ci-dessus, c'est l'éthanol que nous buvons, principal alcool contenu dans les boissons alcoolisées. L'éthanol est produit par la fermentation des

¹⁴⁹ G. Dupuis –Lycée Faïdherbe de Lille. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Cours de chimie organique*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.faidherbe.org/site/cours/dupuis/alcools.htm>

¹⁵⁰ Idem

¹⁵¹ Académie de Montpellier. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Alcools*, [En ligne]. Adresse URL: <http://tice.ac-montpellier.fr/ABCDORGA/Famille/alcools.htm>

sucres par la levure, la fermentation de fruits, de grains ou de tubercules. L'éthanol ou alcool éthylique est un alcool de type primaire qui a pour formule C₂H₆O. Il possède les mêmes caractéristiques générales que tous les autres alcools. Nous buvons l'éthanol parce que les autres alcools sont toxiques. L'alcool est principalement métabolisé par le foie puisqu'il ne peut pas être stocké dans l'organisme humain comme le glucose ou les acides gras.

L'OMS qualifie l'alcool de drogue. Effectivement,¹⁵² elle s'appuie sur la convention sur les psychotropes de 1971, qu'elle a elle-même faite. Dans cette convention, l'OMS a défini les critères de l'inscription d'un produit en tant que substance psychotrope¹⁵³, à l'article 2 de ladite convention. Cet article porte respectivement sur le champ d'application du contrôle des substances psychotropes. Le quatrième point de l'article 2 déclare :

« Si l'Organisation mondiale de la santé constate : a) Que ladite substance peut provoquer i) 1) Un état de dépendance, et 2) Une stimulation ou une dépression du système nerveux central donnant lieu à des hallucinations ou à des troubles de la fonction motrice ou du jugement ou du comportement ou de la perception ou de l'humeur, ou ii) Des abus et des effets nocifs comparables à ceux d'une substance du Tableau I, II, III ou IV, et b) Qu'il existe des raisons suffisantes de croire que la substance donne ou risque de donner lieu à des abus tels qu'elle constitue un problème de santé publique et un problème social justifiant qu'elle soit placée sous contrôle international, l'OMS communiquera à la Commission des stupéfiants du Conseil économique et social des Nations Unies une évaluation de cette substance, où elle indiquera notamment la mesure dans laquelle la substance donne ou risque de donner lieu à des abus, le degré de gravité du problème de santé publique et du problème social et le degré d'utilité de la substance en thérapeutique, ainsi que des recommandations sur les mesures éventuelles de contrôle auxquelles il serait opportun de l'assujettir à la lumière de cette évaluation. »¹⁵⁴.

¹⁵² Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie. (Page consultée le 27 novembre 2021). *L'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <http://www.caat.online.fr/coinjeunes/vfalcool.htm>

¹⁵³ Nations Unies. (Page consultée le 27 novembre 2021). *Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, Page 2, [En ligne]. Adresse URL: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf

¹⁵⁴ Idem

Sur la base de ces critères, l'alcool répond bien à la définition des drogues. Il modifie l'activité mentale, les sensations et le comportement. Il provoque des troubles physiques et psychiques. Cependant, il existe encore des mythes ou représentations sur l'alcool à propos de cette drogue dans le monde. Ceux-ci font croire que l'alcool n'est pas une drogue¹⁵⁵ ; ils minimisent ses effets par rapport aux effets des drogues illicites telles que le cannabis, l'héroïne, la cocaïne. L'alcool fait partie des sédatifs, déprimeurs ou perturbateurs du système nerveux central (SNC)¹⁵⁶.

1- Effets et risques liés à l'alcool

Les effets de l'alcool sont multiples. Lorsqu'il est consommé, l'alcool affecte les différentes parties de l'organisme qu'il traverse, altère la perception du temps, facilite la survenue d'autres maladies. Les effets de l'alcool varient selon certains facteurs de vulnérabilité. Les effets de l'alcool peuvent être positifs ou négatifs, directs ou indirects, individuels ou collectifs. L'alcool lève les inhibitions, donne un sentiment d'euphorie et d'assurance, mais il peut provoquer aussi une incoordination motrice, des modifications de l'humeur, des troubles de jugements. À de fortes concentrations, l'intoxication aiguë peut aboutir à un coma, à un arrêt respiratoire, et donc une surdose mortelle. L'usage chronique cause une dépendance tant physique que psychologique et à d'importants désordres organiques liés à la toxicité cellulaire de l'éthanol, à la fois sur les cellules hépatiques, les neurones, les cellules du tube digestif, les cellules musculaires, et sur le système cardiovasculaire. Au cours du sevrage, de graves désordres

¹⁵⁵ OMS. (Page consultée le 27 novembre 2021). *Ce que les gens croient savoir sur l'alcoolisme et les Toxicomanies*, [En ligne]. Adresse URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68560?locale-attribute=fr&locale=fr>

IDA (Information sur les Drogues et l'Alcool) Asbl. (Page consultée le 20 septembre 2021). *Alcool et autres drogues le vrai et le faux*, [En ligne]. Adresse URL: <https://infordrogues.be/pdf/iDA/alcool-et-autres-drogues-vrai-faux.pdf>

Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie. (Page consultée le 27 novembre 2021). *Alcool : vrai ou faux ?* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.caat.online.fr/coinjeunes/vfalcool.htm> ; en effet, dans certains pays, la consommation d'alcool est admise et valorisée ; l'idée que l'alcool est une drogue peut paraître incompréhensible.

¹⁵⁶ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 13.

métaboliques peuvent engendrer des accidents (*delirium tremens*¹⁵⁷) parfois mortels encore de nos jours.

Un autre des effets de l'alcool est qu'il détend, endort et bloque les messages allant au cerveau tout en modifiant les perceptions (la vision et l'ouïe), le jugement, les émotions et la coordination. Lorsqu'il est consommé avec d'autres produits psychotropes (médicaments, tabac, drogues) l'alcool peut entraîner des états physiques et des actes incontrôlables telles que des surdoses mortelles.¹⁵⁸

2- Le caractère sournois de la maladie alcoolique

Dans cette section, nous montrerons le caractère sournois de la maladie alcoolique. On ne la découvre pas tout de suite parce que le produit est trop socialisé. L'individu va consommer l'alcool sans s'apercevoir de l'apparition de la maladie. Parfois, certaines personnes peuvent Une des complications majeures de l'alcoolisme chronique. Le *delirium tremens* survient notamment lors du sevrage brutal et accidentel consécutif à un accident, à une maladie aiguë, à une intervention chirurgicale. Il réalise ici le « *syndrome de manque* » de la toxicomanie qu'est l'alcoolisme. Il s'installe en deux ou trois jours après le sevrage, annoncé par des tremblements, des épisodes confuso-oniriques, une insomnie, souvent des crises épileptoïdes. À ce stade de « *pré-delirium* », la réhydratation et les sédatifs peuvent amener la guérison. En revanche, le « *delirium classique* » évolué — où s'associent un grand délire avec agitation, un grand tremblement, des troubles de l'équilibre et des signes généraux graves (fièvre, déshydratation) — est de traitement plus difficile. Il régresse pourtant habituellement en deux ou trois jours ; il doit être distingué des autres encéphalopathies métaboliques des alcooliques, auxquelles il peut d'ailleurs se surajouter.

Nous alerter, lorsqu'on dépasse les seuils de consommation, disant : « *tu as trop bu ; je crois que tu devrais boire moins* ». Une personne ayant un fort niveau de tolérance à l'alcool se laisse difficilement alerter. En effet, si l'individu supporte de plus grandes doses d'alcool, il peut

¹⁵⁷ Universalis. (Page consultée le 27 novembre 2021). *Delirium tremens*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.universalis.fr/encyclopedie/delirium-tremens/#i_4511

¹⁵⁸Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 13 – 15.

normalement penser qu'il n'a aucun problème avec l'alcool. Son corps ne l'avertit de rien. Cette situation constitue un danger, puisqu'une maladie peut le surprendre. Dans son ouvrage *Comment devenir alcoolique*, Topor nous présente huit personnages différents. Il nous montre comment leur consommation d'alcool pourrait s'achever par une addiction à l'alcool. Une maladie a généralement des symptômes. La description des douleurs ou des malaises permet de diagnostiquer la maladie. Savoir qu'on est malade signifie qu'on a conscience des symptômes de la maladie. Quand l'individu constate des symptômes, il sait qu'il couve une maladie. Par exemple, il sait qu'il a la fièvre par ce que sa température monte. Les symptômes de la maladie alcoolique sont observables par un niveau de tolérance plus élevé, des tremblements, des sueurs, des trous de mémoire, etc. Mais, la sournoiserie justement fait que la personne ne voit pas sa consommation anormale. Elle est dans une phase de déni. Elle ne se reconnaît pas alcoolique. Cette phase de déni constitue une des caractéristiques générales des addictions. Il y a un autre type de sournoiserie qui surpasse celle que nous venons d'expliquer. C'est que la personne ne pense pas qu'elle soit à risque de devenir malade alcoolique. Elle va consommer l'alcool jusqu'à atteindre un niveau, où il est inévitable qu'elle ne souffre pas d'alcoolisme.

III- Les différentes étapes de la maladie alcoolique

Dans cette section, nous décrivons le parcours classique de dépendance alcoolique d'un individu. Nous nous appuyons sur le modèle du professeur américain Elvin Morton Jellinek parce que le professeur Jellinek avait réalisé cette étude sur l'alcoolisme à la demande de l'OMS. Les résultats de cette étude ont abouti à une liste de symptômes de l'alcoolodépendance. Sur la base de cette liste de symptômes, l'OMS a déclaré par la suite que l'alcoolisme est une maladie¹⁵⁹.

L'étude réalisée par le professeur Jellinek montre que la maladie alcoolique se déroule en quatre phases : la phase préalcoolique, la phase de début de la maladie alcoolique, la phase critique de la maladie alcoolique et la phase chronique de la maladie alcoolique. Ces quatre phases regroupent quarante-cinq symptômes décrivant l'évolution de la maladie alcoolique.

¹⁵⁹À l'instar de l'étude réalisée par Magnus Huss, l'étude réalisée par le professeur américain Elvin Morton Jellinek prouve que l'alcoolisme est une maladie.

1- La phase préalcoolique

Dans la phase pré alcoolique, l'individu n'est pas encore alcoolique. Il semblerait que le futur alcoolodépendant possède des dispositions favorables à l'alcoolisme. Pour ce qui est de la symptomatologie de la phase préalcoolique, habituellement on boit à des occasions ou à des rencontres conviviales.

Déjà au premier contact avec l'alcool, comme nous avons indiqué dans la problématique de l'étude, l'effet d'accoutumance commence chez le futur alcoolique.

Ensuite vient l'effet de tolérance. Il faut plus de quantité d'alcool au futur alcoolique, que par le passé, pour atteindre l'effet recherché.

Enfin, parallèlement, petit à petit, le futur malade alcoolique va rechercher ou induire des situations dans lesquelles on boit incidemment. Ainsi, il continue à évoluer dans un cadre convivial. Mais, ce type de personnes ne se rend pas compte qu'elles prennent l'habitude de boire. Elles attribuent davantage leur humeur joviale à la convivialité plutôt qu'à la boisson. Du fait des effets positifs de l'alcool, le futur alcoolique aura tendance à multiplier les situations, où il pourra consommer de l'alcool. Comme nous l'avons expliqué plus haut, selon le Docteur Olievenstein, par la même occasion, l'alcool devient pour le futur alcoolique, un moyen de produire son propre discours face aux réalités sociales. Il y a alors naissance d'une dépendance psychique de l'alcool, parce que le futur alcoolique voit en l'alcool une solution qu'il pourrait appliquer pratiquement à n'importe quelle situation qu'il traverserait. Selon le professeur Jellinek, il est possible que dans la phase préalcoolique, l'entourage du futur alcoolique ne suspecte rien d'anormal dans la consommation d'alcool du futur alcoolique. Cette situation pourrait s'expliquer par les représentations positives de l'alcool. Nous traiterons de ces représentations dans le chapitre IV du cadre théorique de l'étude.

Tableau 9-Tableau récapitulatif de la phase préalcoolique

Phase pré alcoolique	Effet d'accoutumance
	Effet de tolérance
	Recherche d'occasions pour boire

	Passage d'une consommation occasionnelle de l'alcool à une consommation régulière d'alcool
	Naissance d'une dépendance psychique de L'alcool

2- La phase de début de la maladie alcoolique

Dans la phase de début de la maladie alcoolique, l'individu n'est toujours pas alcoolique. Pour ce qui est de la symptomatologie de la phase de début de la maladie alcoolique, l'alcool n'est pas utilisé pour éprouver du plaisir. Il est utilisé plutôt en tant que remède, béquille pour masquer des situations. Le buveur a des pensées fréquentes à l'alcool. Son niveau de tolérance à l'alcool est de plus en plus élevé. Le comportement du buveur change. Il tend à cacher sa consommation, en buvant solitairement. Les conséquences sanitaires de sa consommation n'en sont qu'aux troubles amnésiques. Dans cette phase, sept symptômes caractérisent la maladie alcoolique.

Tableau 10-Tableau récapitulatif de la phase de début de la maladie alcoolique

Phase de début de la maladie alcoolique	Les amnésies alcooliques
	La consommation dissimulée
	Les pensées fréquemment tournées vers l'alcool
	Le besoin intensifié d'obtenir un effet (boire avidement)
	L'évitement de toute conversation faisant allusion à la thématique de l'alcoolodépendance
	L'évitement de toute conversation faisant allusion à la thématique de l'alcoolodépendance

L'augmentation des amnésies alcooliques

3- La phase critique de la maladie alcoolique

Dans la phase de critique de la maladie alcoolique, l'individu est alcoolique. Pour ce qui est de la symptomatologie de la phase critique de la maladie alcoolique, la perte de contrôle est un marqueur non négligeable. L'individu ne peut plus retourner à une consommation modérée de l'alcool. L'alcool est source de maladie. Les conséquences négatives de l'alcool sont visibles tant au niveau individuel que social. Le buveur ne fait pas que cacher sa consommation d'alcool. Il centre désormais toutes ses activités autour de l'alcool. Parmi les conséquences sanitaires, nous avons des gastrites, des lésions du foie, des dystonies végétatives ou des accidents liés à l'alcool. Le buveur a besoin de subir les premiers traitements médicaux. Dans cette phase, vingt-trois symptômes caractérisent la maladie alcoolique.

Tableau 11-Tableau récapitulatif de la phase critique de la maladie alcoolique

Phase critique de la maladie alcoolique	Perte de contrôle de la quantité de boisson consommé
	Une justification de la consommation excessive d'alcool ,
	Les réactions de l'entourage
	Une compensation de la perte de l'estime de soi
	Un comportement visiblement agressif
	Des remords persistants : une raison pour reboire
	Des périodes d'abstinence complète
	Une modification du système de consommation

	Un abandon des amis
	Des conséquences sur le lieu de travail
	Un remplacement des contacts sociaux par l'alcool
	Une priorité de l'alcool sur les intérêts et les obligations
	Une priorité de l'alcool sur les proches
	Un apitoiement frappant sur son propre sort
	Une fuite imaginaire ou réelle du malade alcoolique
	Un changement de la vie familiale
	Des ressentiments déraisonnés du malade alcoolique
	Des stratégies pour masquer sa consommation
	La négligence d'une alimentation appropriée
	Une nécessité de subir les premiers traitements médicaux
	Des modifications du comportement sexuel du malade alcoolique ,
	Une jalousie alcoolique liée à une perte d'intérêt dans le domaine sexuel
	Une consommation matinale d'alcool ¹³⁴

4- La phase chronique de la maladie alcoolique

Dans la phase chronique de la maladie alcoolique, l'individu est alcoolique. Pour ce qui est de la symptomatologie de la phase de chronique de la maladie alcoolique, la plupart des symptômes de sevrages physiques et psychiques sont présents. L'individu continue à centrer davantage son vécu quotidien autour de l'alcool. Les conséquences négatives de l'alcool

visibles tant au niveau individuel que social ne disparaissent pas. Au contraire, elles prennent plus d'ampleur. Parmi les conséquences sanitaires, nous avons une dégradation du raisonnement de l'individu, des maladies du foie plus ou moins avancées, le délire éthylique. Dans cette phase, quinze symptômes caractérisent la maladie alcoolique.

Tableau 12-Tableau récapitulatif de la phase chronique de la maladie alcoolique

Phase chronique de la maladie alcoolique	Une ivresse prolongée sur plusieurs jours
	Un effondrement des systèmes de valeurs individuelles
	Une dégradation du raisonnement
	Des phénomènes psychiques de sevrage
	Des phénomènes physiques de sevrage graves
	Un changement de fréquentations
	Un recours aux produits de substitution contenant de l'alcool
	Un syndrome de sevrage grave
	Des séquelles sous forme de perturbations internistiques et de maladies neurologiques
	Une obsession de l'alcool
	Des crises convulsives liées au sevrage
	Des idées et/ou tentatives suicidaires
	Une diminution de la tolérance à l'alcool

	Un écoulement du système explicatif
	Et un délire éthylique

IV- Les conséquences de l'alcoolisme sur le malade alcoolique

Dans cette section, nous montrerons que les conséquences de l'alcoolisme affectent divers plans de la vie de l'individu, notamment les plans social et sanitaire¹⁶⁰.

1- Les conséquences sociales de l'alcoolisme

L'alcoolisme affecte négativement l'environnement social¹⁶¹ du malade alcoolique. La consommation non responsable de l'alcool peut entraîner plusieurs types de ruptures relationnelles. Nous pouvons citer la rupture du lien familial et la rupture du lien de participation à la vie organique¹⁶².

1.1- Les conséquences de l'alcoolisme au niveau familial

L'alcoolisme rompt les liens familiaux¹⁶³. D'abord, l'alcoolisme trouble le jugement au sein de la famille. C'est par les réactions des membres de la famille qu'on observe ce trouble. Les parents alcooliques perdent l'admiration et le respect de leurs enfants. Ainsi, dans « *De l'alcoolisme à l'abstinence* », nous pouvons lire : « *Quand ma fille a eu 18 ans, elle m'a dit : "J'en ai marre d'avoir un père qui est toujours saoul, je m'en vais !"* ». (Albert)¹⁶⁴.

¹⁶⁰Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 89.

¹⁶¹ Passard, Cédric, et autres. *Sociologie du risque*, Atlande, Collection Clefs-concours, 2021, p. 114.

¹⁶² Fédération nationale des amis de la Santé. (Page consultée le 25 décembre 2012). Documentation : *Les jeunes et l'alcool*, éditeur Amis de la santé nationale, 2018, page 10. Paugam, Serge. L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux ? [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.4000/ress.248>

¹⁶³ De, Duve, Martin, et Jean-Pierre, Jacques. *Jeunes et alcool : génération jouissance*, première édition, De Boeck supérieur, Collection Comprendre, 2014, p. 18-19.
Huerre, Patrice, et François, Marty. *Alcool et adolescence : Jeunes en quête d'ivresse*, Albin Michel, 2007, p. 39-55 ; 80-81 ; 83-87.

¹⁶⁴Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 89, 93.

Ensuite, l'alcoolisme trouble l'ordre interne dans la famille. L'ordre se définit comme étant une absence de conflits dans les relations sociales. Lorsque l'ordre interne dans la famille est troublé, il y'a une perte d'équilibre, une perte de stabilité au sein de la famille¹⁶⁵. Cette perte d'équilibre s'observe par le changement du comportement de l'individu. Le malade alcoolique peut devenir agressif physiquement et/ou verbalement. Ce comportement est dangereux pour les autres membres de la famille. Un extrait tiré de l'ouvrage « *De l'alcoolisme à l'abstinence* » illustre bien cette assertion. « *Vers la fin, j'ai changé. Je suis devenu agressif en parole. Alors qu'auparavant, bon, j'étais saoul, j'allais me coucher. J'ai levé deux fois la main sur ma femme. Et... c'était pas calculé, hein ! Et y avait des témoins : les enfants... Et ça, les enfants s'en souviennent de ça : "Le jour-là, dans le couloir, tu as poussé maman, elle est tombée." Ça n'aurait pas été le fait de boire et d'être con quand j'avais bu, j'aurais été le meilleur des papas, des maris, tout ce qu'on veut* » (Roland). Hormis l'agressivité physique et/ou verbale, on observe aussi que le malade alcoolique se désinvestit de ses responsabilités et/ou de son rôle au sein de la famille en tant que parent ou conjoint. Nous voyons très souvent cette situation dans le cas des conjoints alcooliques. Un autre extrait tiré de l'ouvrage De l'alcoolisme à l'abstinence illustre bien cette assertion : « *En dernier, on n'avait pratiquement plus de vie commune, hein...* » (Roland)

Enfin, l'alcoolisme entraîne la codépendance alcoolique dans la famille. La codépendance se définit comme l'état de dépendance affective d'une personne à un proche. Ce proche souffre lui-même d'une dépendance. En d'autres termes, " *c'est comme la dépendance du proche devient celle du parent*". La dépendance du parent ne va s'exprimer comme celle du malade. Dans la dépendance du parent, il reliera son bien-être à la guérison de l'individu.

Dans le cas contraire, le parent ne se portera pas bien. Pour certaines personnes, surtout les conjoints des malades alcooliques, l'alcoolisme fonctionne comme une maladie contagieuse, de sorte que lorsqu'un membre de la famille boit, l'entourage est marqué physiologiquement et socialement par la maladie. La maladie n'est plus individuelle. Elle devient collective. L'extrait ci-dessous rapporte les propos de la conjointe d'un buveur : « *Y a pas qu'eux que ça a démoli, leur alcool ! j'étais sûre qu'un jour on allait me mettre dans une maison de fous ! c'est pas dur,*

¹⁶⁵ Grawitz, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, p. 300-301.

quand ça a été la rupture, c'est moi qu'on a mis en maison de repos ». Comme si le malade alcoolique transmettait son état maladif par la proximité sociale ou par la proximité physique.

1.2-Les conséquences de l'alcoolisme au niveau professionnel

Au niveau professionnel, l'alcoolisme entraîne plusieurs conséquences. Notamment, l'alcoolisme peut causer des ruptures professionnelles et briser les liens professionnels¹⁶⁶. Premièrement nous parlerons de la rupture des liens professionnels. Secondement nous parlerons de la rupture professionnelle.

1.2.1-La rupture des liens professionnels

D'emblée, nous définirons le concept de « *rupture des liens professionnels* ». Ce concept est composé de « rupture » et de « liens professionnels ». Nous avons déjà défini plus haut le terme « rupture ». Les liens professionnels ¹⁶⁷quant à eux, désignent l'ensemble des relations nouées dans le cadre des pratiques professionnelles. Ces liens se nouent au fil du temps par les coopérations entre les membres de l'entreprise. Les liens professionnels jouent un rôle non négligeable dans la cohésion sociale et l'établissement d'une solidarité au sein de l'entreprise. Lorsqu'on parle d'une dégradation des liens professionnels liés à l'alcoolisme d'un individu, on sous-entend deux points. Le premier point est que la pratique d'alcoolisation de l'individu ne participe pas aux modes de « *sociabilité dominants* » de l'entreprise. Le second point est une conséquence du premier point. La pratique d'alcoolisation de cet individu n'est plus vectrice de solidarité au sein de l'entreprise. La consommation d'alcool de cet individu répond plutôt à des logiques individuelles. L'alcoolisme correspond à ce type d'alcoolisation problématique causant la rupture des liens professionnels. L'individu perd sa capacité à décider. Il n'est plus à même d'obéir à la norme. Comblé son manque lié à la dépendance alcoolique est devenu sa seule norme. Les conséquences arrivent, variées : le malade se marginalise en se dérochant à toutes les normes établies pour l'intégration des travailleurs au sein de la société. Il devient

¹⁶⁶ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 89.

¹⁶⁷ Coordination Île-de-France. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Les liens dans les pratiques professionnelles*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2017-1-page-35.htm>

verbalement ou physiquement agressif. Son changement de comportement peut insécuriser les autres travailleurs et porter atteinte à leur santé physique ou morale ¹⁶⁸. La consommation d'alcool de l'individu représente un risque pour lui-même ou pour ses collègues de travail. En l'état, elle cause la rupture des liens professionnels.

Lisons les deux témoignages suivants. Ils sont extraits de l'ouvrage « *Comment arrêter l'alcool* ». Le premier témoignage est relaté par la femme de Jean, un malade alcoolique. Le second témoignage est rapporté par Catherine, une malade alcoolique¹⁶⁹.

Extrait 1

« ...Il travaille de plus en plus lentement. Même son caractère change : de plus en plus énervé. Les amis nous évitent. J'ai entendu son patron le mettre en garde. Mais cela, il ne le dit pas... » (La femme de Jean)

Extrait 2

« ... Sans ce remontant, j'avais peur de craquer. Et puis, il y a eu ce malaise il y a un mois. J'étais fatiguée, à cran. Depuis quelques temps, j'ai moins de patience, je suis plus énervée. Ce jour-là, je me suis accrochée avec le patron. J'ai eu comme une bouffée de chaleur, mes jambes m'ont lâchée, l'air m'a manqué et puis j'ai perdu connaissance. Ma collègue m'a amenée chez mon médecin qui a son cabinet à côté de l'étude. Lui m'a parlé d'alcool... » (Catherine)

Ces extraits révèlent que les comportements de ces deux individus malades se répercutent sur les autres travailleurs. L'alcoolisme pourrait être source de rupture des liens professionnels.

1.2.2- La rupture professionnelle

¹⁶⁸ Confédération Française Démocratique du Travail. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Licenciement pour motif personnel non disciplinaire*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.cfdt.fr/portail/vos-droits/depart-de-l-entreprise/licenciement-pour-motif-personnel-non-disciplinaire/licenciement-pour-motif-personnel-non-disciplinaire-srv2_1186992

¹⁶⁹Graziani, Pierluigi, et Daniela Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool ?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, p. 24-81.

L'alcoolisme cause aussi la rupture professionnelle. On entend par rupture professionnelle, la perte de l'emploi¹⁷⁰ avant la date prévue par la fin du contrat. La rupture professionnelle peut prendre plusieurs formes : démission, rupture conventionnelle et licenciement¹⁷¹. Les cas que nous rencontrons les plus souvent dans la rupture professionnelle liée à l'alcoolisme sont : soit l'abandon du travail, soit un licenciement¹⁷², pour motif personnel disciplinaire ou non disciplinaire, sachant que le motif personnel disciplinaire sous-entend une faute grave commise par l'employé ; et le motif personnel non disciplinaire¹⁷³ comprend une insuffisance de résultats, une inaptitude médicale, une absence pour maladie, une mésentente ou perte de confiance, un refus de modification du contrat de travail et des éléments critiques de la vie personnelle du salarié. Il nous a semblé important de définir le concept de « *rupture professionnelle* », avant d'expliquer le lien entre ce concept et l'alcoolisme.

Pour une insuffisance de résultats¹⁷⁴, une inaptitude médicale, une absence pour maladie ou une rupture des liens professionnels, le malade alcoolique peut abandonner son poste ou être licencié par son employeur¹⁷⁵. Nous retrouvons cette situation, dans l'ouvrage De l'alcoolisme

¹⁷⁰ Roupnel-Fuentes, Manuella. (Page consultée le 22 décembre 2012). *Rupture et transition professionnelles*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/---page-131.htm>

¹⁷¹ Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion. (Page consultée le 22 décembre 2012). *La rupture du contrat de travail*, [En ligne]. Adresse URL: <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/la-rupture-du-contrat-de-travail/>

¹⁷² Haegel, Annick. (Page consultée le 28 mars 2023). *Outil 60. Le licenciement pour motif personnel*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-des-ressources-humaines-3e-ed--9782100806607-page-176.htm>

Denave, Sophie. (Page consultée le 28 mars 2023). *Les ruptures professionnelles : analyser les événements au croisement des dispositions individuelles et des contextes*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/bifurcations--9782707156006-page-168.htm>

¹⁷³ Confédération française démocratique du Travail. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Licenciement pour motif personnel non disciplinaire*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.cfdt.fr/portail/vos-droits/depart-de-l-entreprise/licenciement-pour-motif-personnel-non-disciplinaire/licenciement-pour-motif-personnel-non-disciplinaire-srv2_1186992

¹⁷⁴ D'après la Revue internationale du travail (2009), l'alcool et les drogues provoquent 20 à 25 % des accidents Du travail.

Mme Facy, Françoise et M. Bertrand, Redonnet. (Page consultée le 6 mars 2023). *Mésusage de substances psychoactives en milieu professionnel*, [En ligne]. Adresse URL: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/AA2013_RPC-travail-argumentaire.pdf

¹⁷⁵ Pentecoteau, Hugues, et Omar, Zanna. *Un anonyme alcoolique. Autobiographie d'une abstinence*, PU Rennes, 2013, p. 99.

à l'abstinence, où un malade alcoolique abstinent interviewé affirme : « *J'avais toujours plus dans l'alcool. Ça devenait de plus en plus sérieux. Et puis, euh... ce qui se passait, c'est que certains jours je n'allais plus au travail, je fuguais... je partais le matin mais j'allais pas au travail. Alors, ce qui fait que ça a marché une fois ou deux, et puis un beau jour, mon patron ben...il n'a plus voulu, il m'a licencié. Encore que, on m'a toujours dit que j'étais un très bon élément, mais bon, ça fait pas tout ! Alors ce qui fait que je me suis à nouveau trouvé au chômage...* »¹⁷⁶. (Roger)

Malgré les résultats satisfaisants que lui produisait son employé, le premier employeur a fini par renvoyer l'individu. Il a été renvoyé pour absentéisme et maladie. Ces deux motifs ont suffi pour que l'employeur perde la confiance qu'il avait envers lui comme employé. Il a obtenu un nouvel emploi. Mais, il a perdu aussi la confiance de son nouvel employeur qui l'a licencié. Ce témoignage confirme que l'alcoolisme cause des ruptures professionnelles.

1.3-Les conséquences de l'alcoolisme au niveau économique

L'alcoolisme coûte à l'individu ainsi qu'à la société. Comme notre thème porte sur l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, de manière discrétionnaire, nous allons traiter uniquement les conséquences de l'alcoolisme d'un point de vue microéconomique, c'est-à-dire chez le malade alcoolique¹⁷⁷.

Ministère de la Santé et des solidarités, MILDT, et INPES. *Drogues et dépendance, livre d'information*. Éditions Inpes, 2006, 178 pages, p. 88 - 105.

Haegel, Annick. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Outil 60. Le licenciement pour motif personnel*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-des-ressources-humaines-3e-ed--9782100806607-page-176.htm>

Denave, Sophie. (Page consultée le 28 mars 2023). *Les ruptures professionnelles : analyser les événements au croisement des dispositions individuelles et des contextes*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/bifurcations--9782707156006-page-168.htm>

Passard, Cédric, et autres. *Sociologie du risque*, Atlande, Collection Clefs-concours, 2021, p. 114 - 117.

¹⁷⁶ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. Op. cit, p. 89.

¹⁷⁷ Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Neurosciences : usage De substances psychoactives et dépendance*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf?ua=1

Mattei, Aurelio. (Page consultée le 24 décembre 2021). « Introduction », dans : *Manuel de micro-économie*, [En Ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/manuel-de-micro-economie--9782600004725-page-1.htm>

L'alcoolisme entraîne des répercussions à la fois sur l'organisation, la production, la distribution, la répartition et la consommation des richesses du malade alcoolique. Cette section comporte trois sous-sections :

- Une préférence pour la consommation d'alcool au détriment de la perte de biens matériels¹⁷⁸,
- La perte du pouvoir d'achat,
- Une absence de projets chez le malade alcoolique.

1.3.1-Une préférence pour la consommation d'alcool au détriment de la perte de biens matériels

Le malade alcoolique préfère consommer l'alcool aux biens. Selon la théorie de l'addiction rationnelle, les malades alcooliques sont des agents économiques rationnels¹⁷⁹; c'est-à-dire que certes, les personnes alcooliques font de mauvais choix pour leur santé, mais ils le font avec rationalité. Les malades alcooliques choisissent préférentiellement de consommer l'alcool à cause de l'addiction alcoolique, au détriment de leur santé. Ce choix occasionne le plus souvent la perte de biens matériels. C'est le cas de Jean Louis, un malade alcoolique abstinent, dont on peut trouver le témoignage dans l'ouvrage De l'alcoolisme à l'abstinence. Il a une chambre à Lille. Mais, il préfère squatter avec ses copains SDF, dans la rue pour boire avec eux.

« ...En faisant ma cure et ma post-cure, j'ai réussi à reconnaître que j'étais alcoolique mais il m'a fallu du temps... quand ma sœur m'a récupéré dans la rue au mois d'octobre, ma famille était étonnée. Ils ne pensaient pas que j'étais tombé aussi bas. J'avais une chambre à Lille mais

¹⁷⁸ De, Duve, Martin, et Jean-Pierre, Jacques. *Jeunes et alcool : génération jouissance*, première édition, De Boeck supérieur, Collection Comprendre, 2014, p. 18-19 ; 90-91.

Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, page 70-71.

Santé Publique France. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

Drogues dépendances. (Page consultée le 12 janvier 2022). Alcool : effets et dangers, [En ligne]. Adresse URL: https://www.drogues-dependance.fr/alcool-effets_dangers.html

Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. De l'alcoolisme à l'abstinence, ASH, 2002, p. 28-32.

¹⁷⁹ Demeulenaere, Pierre. (Page consultée le 25 décembre 2021). *Chapitre premier. Rationalité et dimension économique de l'action*, dans : *Homoœconomicus*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/homo-oeconomicus--9782130539070-page-27.htm>

je préférais squatter avec mes copains SDF. Ils n'ont pas compris car chaque fois je téléphonais, c'était pour dire que tout allait bien... Ensuite, ils ont appris que j'étais devenu SDF. Je m'alcoolisais et faisais la manche avec eux... » (Jean – Louis)

1.3.2-La perte du pouvoir d'achat

En matière de production ou de la création des richesses, l'alcoolisme cause la perte du pouvoir d'achat. Comme nous l'avons indiqué dans la section qui a traité des conséquences de l'alcoolisme au niveau professionnel, l'alcoolisme cause la rupture professionnelle. Perdre son emploi diminue le pouvoir d'achat du malade alcoolique. Deux raisons peuvent aggraver cette diminution : si la personne ne trouve pas un nouvel emploi ou si elle n'a pas d'épargne. La perte du pouvoir d'achat est donc une conséquence de la rupture professionnelle. À ce propos, voici le témoignage de Roger, un malade alcoolique : *« Un jour, un matin, ma femme m'a suivi au café ; elle m'a vu attablé devant mon alcool fort... ça devait être une poire... Elle est entrée... on a discuté. J'avais vraiment un problème, il fallait faire quelque chose. Et donc, je lui ai dit que ça allait, que j'allais travailler... mais en fait, j'ai refait une fugue de 3-4 jours. Donc, j'ai traîné... j'ai tourné en voiture... je... j'avais pas de sous... Je crois qu'à l'époque nos finances devaient pas être brillantes non plus. Tout ça à la suite de ces fameux dépôts de bilan, à ces dettes qu'on devait rembourser, et ainsi de suite. J'avais donc beaucoup de mal à monter la pente... et je traînais toujours l'affaire de la vente de ma maison... J'avais tout perdu : ma maison, mes amis, ainsi de suite. Et puis... j'étais perdu ! En fait, je dirais toujours qu'elle avait quelque chose de bénéfique cette fugue... en fait, j'étais pas loin du suicide... J'ai trainé ça pendant 3- 4 jours, hein. Et puis c'est là que j'ai pris cette décision. Je suis rentré et j'ai dit à ma femme... je ne sais plus du tout ce que je lui ai dit, mais je lui ai dit : "Ecoute, maintenant si tu veux, tu m'accompagnes, je vais voir un médecin." Et j'ai arrêté de boire... » (Roger)¹⁸⁰*

La perte du pouvoir d'achat, à son tour, assujettit le malade alcoolique à la dépendance financière. La dépendance financière se manifeste sous deux angles : l'angle décisionnel et l'angle possessionnel. Lorsque nous parlons de l'angle décisionnel, cela veut dire que la décision de posséder une chose ne vient pas directement de la personne dépendante

¹⁸⁰ Graziani, Pierluigi, et Daniela Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool ?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, 240 pages.

financièrement, mais plutôt de la personne dont elle dépend. Lorsque nous parlons de l'angle possessionnel, cela signifie que pour que la personne possède quelque chose ou satisfasse un besoin, elle est obligée de recourir à quelqu'un, car elle-même n'en a pas les moyens. Par exemple, certains malades alcooliques sont obligés de repartir vivre chez leurs parents, à cause de leur alcoolisme¹⁸¹.

1.3.3- Une absence de projets chez le malade alcoolique

En matière de répartition des richesses, l'alcoolisme ¹⁸²entraîne un manque de visualisation de l'avenir. La théorie de *“la rationalité limitée dans l'addiction alcoolique”* souligne deux grandes idées¹⁸³.

Selon la première idée, la maladie alcoolique génère un besoin irrépressible et compulsif de consommer l'alcool. La dépendance alcoolique produit un comportement d'impatience chez le consommateur alcoolique. Dans son action, le consommateur alcoolique valorise plus le présent que le futur. C'est la théorie de l'actualisation hyperbolique. Cette théorie stipule que le consommateur alcoolique préfère des petites récompenses immédiates à des récompenses futures beaucoup plus grandes. Ces récompenses beaucoup plus grandes touchent la plupart des aspects de la vie : la famille, les amis, les collègues, les études, le travail. Nous pouvons prendre le cas de Simon, qui affirme : *« Lorsque j'ai atterri dans la réalité, j'ai fait le bilan, pour réaliser que l'alcool m'avait fait perdre mon emploi, mon réseau d'amis, la joie de vivre et la confiance de ma femme, et même l'énergie nécessaire réaliser mes passe-temps qui ont été pourtant des passions : l'électronique et la photo. Même si je voulais m'y remettre, je suis dépassé par le progrès. Je suis financièrement dépendant de ma femme. Que vais-je faire de*

¹⁸¹ Idem

¹⁸² Pentecouteau, Hugues, et Omar, Zanna. *Un anonyme alcoolique. Autobiographie d'une abstinence*, PU Rennes, 2013, p. 105-107.

¹⁸³ Tecco, Juan, et Pierre-Alexandre, Kopp. (Page consultée le 14 février 2022). *« Chapitre 9. Le comportement Économique de l'alcoolique : les déterminants de la problématique alcoolique tels que décrits par les économistes De la santé »*, dans : Philippe de Timary éd., *Sortir l'alcoolique de son isolement*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Carrefour des psychothérapies », 2014, p. 203-222. DOI : 10.3917/dbu.timry.2014.01.0203. , [En Ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/sortir-l-alcoolique-de-son-isolement--9782804163853-page-203.htm#:~:text=2%20E2%80%93%20La%20micro%C3%A9conomie,ou%20par%20des%20interventions%20publiques.>

ma vie ? Seul, isolé, que vais-je faire de tout ce temps ? Ma vie est un réservoir vide ! On ne reconstruit pas quinze années perdues. » (Simon)¹⁸⁴

Pour les analystes, les malades alcooliques, au stade de l'impulsivité, ne peuvent plus être considérés comme des agents économiques rationnels. La raison est que les malades alcooliques ne sont pas libres de leur choix. Or, la liberté de choix constitue un critère de la rationalité de la décision chez l'acteur économique. Malgré les conséquences néfastes que l'on peut constater, le malade alcoolique continue de centrer ses économies sur sa consommation d'alcool. L'extrait suivant tiré de l'ouvrage « *De l'alcoolisme à l'abstinence* » illustre bien cette assertion.

« Il s'est passé une chose, c'est que mon épouse a quitté le foyer conjugal. Ce qui fait que je me suis retrouvé sans rien, seul. J'ai essayé de conserver la maison mais il n'y a pas eu moyen. Je suis retourné chez mes parents et puis ç'a été la dégringolade. Je me suis remis à boire et ensuite je me suis rendu compte que ça n'allait plus... » (Antoine)

Antoine centre ses économies sur la consommation de l'alcool. Tout ce qu'il a vécu précédemment ne l'a pas conduit à renoncer à l'alcool. Au contraire, il s'est remis à boire.

Dans son ouvrage « *Un alcoolique anonyme* », Hugues Pentecoteau et Omar Zanna, sociologues, nous parlent concrètement du fonctionnement de la centration, à travers l'exemple de Camille qui ne parvenait pas à gérer son temps et son argent. Les auteurs décrivent les journées de Camille, un malade alcoolique, désormais abstinent. Si Camille n'allait pas au travail, ses journées consistaient à boire de l'alcool. Il axait ses économies sur l'alcool. En effet, lorsqu'il gagnait de l'argent, cet argent ne lui servait qu'à boire. C'est le phénomène de centration.

Selon la seconde idée, le malade alcoolique ajuste ses projections de consommations en fonction des interventions publiques de régulation de la consommation d'alcool. Parmi ces interventions, nous pouvons avoir la diminution ou la hausse du prix des bouteilles d'alcool, à des dates précises. Cette idée ne correspondant pas à une absence de rationalité chez le malade alcoolique. Nous nous abstenons de développer cette idée, dans cette section.

2- Les conséquences sanitaires de l'alcoolisme sur le malade alcoolique

¹⁸⁴ Graziani, Pierluigi, et Daniela Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool ?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, 240 pages.

Dans cette section, nous montrerons comment l'alcoolisme affecte de façon générale l'organisme humain. Il s'agira aussi pour nous d'énumérer particulièrement les risques sanitaires liés à l'alcool¹⁸⁵, chez le malade alcoolique. Nous en avons deux types : des risques sanitaires généraux et des risques sanitaires spécifiques. Cette section comporte deux sous-sections :

- Les risques sanitaires généraux associés à la consommation d'alcool,
- Et les risques sanitaires spécifiques associés à la consommation d'alcool.

2.1-Les risques sanitaires généraux associés à la consommation d'alcool

En neurosciences, les risques sanitaires généraux liés à la consommation d'alcool revêtent deux formes¹⁸⁶: l'intoxication alcoolique aiguë, causée par l'usage aigu de l'alcool, et l'intoxication alcoolique chronique, causée par l'usage chronique de l'alcool. L'intoxication alcoolique aiguë comprend les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool à court terme. L'intoxication alcoolique chronique comprend les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool, à moyen et à long terme¹⁸⁷. Dans cette section, nous essaierons de décrire comment les organes sont touchés par une intoxication alcoolique aiguë d'une part et par une intoxication chronique d'autre part.

2.1.1- L'intoxication alcoolique aiguë ou les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool à court terme

À court terme, les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool sont essentiellement perceptibles au niveau du système nerveux, particulièrement au niveau du cerveau¹⁸⁸. Ces

¹⁸⁵ Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf?ua=1

¹⁸⁶ Idem

¹⁸⁷ Santé Publique France. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool Pour la santé ?* [En ligne]. Adresse URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

¹⁸⁸ Alcool Info Service. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Les risques immédiats*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-court-terme#:~:text=Le%20risque%20d'%C3%AAtre%20responsable,sup%C3%A9rieur%20%C3%A0%20%20g%20Fl.>

risques dépendent de l'alcoolémie, c'est-à-dire du taux d'alcool présent dans le sang¹⁸⁹. Plus le taux d'alcool d'un individu est élevé, plus celui-ci est exposé à des risques sanitaires immédiats d'ordre plus important. Emmanuel Jovelin et Annabelle Oreskovic soulignent que l'intoxication alcoolique aiguë comprend quatre phases. Ce sont les suivantes :

- « *Un temps inapparent* », où le jugement du sujet et ses réflexes peuvent déjà être perturbés,
- Une phase d'euphorie, un état où « *le sujet pense être plus fort, plus intelligent, plus spirituel* ».

Mais en réalité, il représente un risque pour lui-même. Par exemple, si le sujet conduit une voiture sous cet état euphorique, il peut faire un accident de route,

- « *Une phase d'incoordination : on parle de l'ivresse classique avec les troubles de l'équilibre et de langage* »,
- « *Une phase de coma* ». Cet état peut aller jusqu'à la perte de connaissance, voire la mort, si la consommation de l'alcool a été très rapide.

À court terme, l'ivresse entraîne des problèmes de mémoire. Dès le début de la consommation, environ 8 secondes après la première gorgée, l'alcool provoque des perturbations dans le cerveau. Il ralentit les réflexes, diminue la vigilance et la concentration du buveur. La consommation d'une quantité excessive d'alcool, à court terme, peut aboutir à une phase de mobilité et à une phase de dépression¹⁹⁰. Nous entendons souvent dire que l'alcool est consommé pour réduire le stress ou l'anxiété. Une fois le stress passé, les effets de l'alcool peuvent être inversés. L'individu peut alors ressentir des sentiments dépressifs tels que l'apathie

Santé Publique France. (Page consultée le 12 janvier 2022). Quels sont les risques de la consommation d'alcool Pour la santé ? [En ligne]. Adresse URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

Karsenty, Serge. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 55. Épidémiologie du mésusage d'alcool », dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016, p. 431-435, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-431.htm>

¹⁸⁹ Gouvernement. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Alcool au volant : la réglementation*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/reglementation-liee-aux-risques/reglementation-de-lalcool-au-volant>

¹⁹⁰ Aide alcool. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Alcool et dépression*, [En ligne]. Adresse URL : <https://aide-alcool.be/alcool-depression>

et la déprime. Si des problèmes supplémentaires surviennent à cause de la consommation d'alcool, les sentiments dépressifs du buveur peuvent s'aggraver. Nous entendons souvent dire que l'alcool est consommé pour réduire le stress ou l'anxiété. Une fois le stress passé, les effets de l'alcool peuvent être inversés. L'individu peut alors ressentir des sentiments dépressifs tels que l'apathie et la déprime. Si des problèmes supplémentaires surviennent à cause de la consommation d'alcool, les sentiments dépressifs du buveur peuvent s'aggraver¹⁹¹. Par conséquent, l'alcool produit de l'anxiété et de la dépression¹⁹².

L'alcoolisme aigu entraîne aussi des troubles du sommeil, la déshydratation, l'élévation de la pression artérielle et l'essoufflement. Parmi les risques sanitaires à court terme, nous avons le trouble de jugement.

Le trouble de jugement causé par l'absorption de l'alcool peut entraîner des conduites à risque, notamment la prise de mauvaises décisions, des accidents de la route, des rapports sexuels non protégés, des accidents du travail, et des accidents domestiques comme l'incendie, la noyade, et le suicide. L'alcool agit aussi sur les nerfs. Le malade « *s'énerve plus facilement* ». En effet, les nerfs du buveur sont excités sous l'effet de l'alcool. Cette nervosité est visible à travers le comportement du buveur. La nervosité se manifeste par l'agressivité verbale, l'agressivité physique, la maltraitance d'enfants, les agressions sexuelles, et les violences domestiques. Le buveur peut peiner à marcher, à supporter les autres, et/ou à supporter le bruit autour de lui.

Comme nous avons parlé dans les différentes phases de l'intoxication aiguë, il peut arriver qu'à court terme, l'individu fasse un coma éthylique. Le coma éthylique est un coma, qui survient après l'absorption d'une quantité importante d'alcool. Il faut noter que le coma est une « *abolition de la conscience et de la vigilance non réversible par les stimulations* ». Le coma témoigne d'un dysfonctionnement cérébral sévère d'origine toxique. Il impose un diagnostic et une thérapie urgents. Sinon, un drame s'ensuit. Le sujet devient inconscient et ne peut plus être réveillé. Dans cet état, il ne peut plus se défendre et il est vulnérable à toutes les agressions

¹⁹¹ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 28-32.

¹⁹² Karsenty, Serge. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 55. *Épidémiologie du mésusage d'alcool* », dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « *Traités* », 2016, p. 431-435, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-431.htm>

extérieures¹⁹³. « *Le coma éthylique intervient en moyenne pour un adulte pour des doses supérieures à 3 grammes d'alcool pur par litre de sang... Un accident vasculaire cérébral peut survenir lors d'une intoxication alcoolique aiguë, même isolée.* ».

2.1.2- L'intoxication alcoolique chronique ou les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool, à moyen et long terme

La caractéristique de l'intoxication alcoolique chronique est le développement de pathologies liées à la consommation de l'alcool¹⁹⁴, car la consommation de l'alcool est fréquente¹⁹⁵.

En effet, les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool à moyen et long terme ne dépendent pas de la quantité d'alcool consommée, mais plutôt de la régularité de son absorption dans le temps. Plus la fréquence de consommation d'alcool d'un individu augmente, plus celui-ci sera susceptible de développer une maladie liée à la consommation d'alcool. L'intoxication alcoolique chronique est aussi due à une tolérance plus élevée à l'alcool. L'intoxication alcoolique chronique affecte plusieurs systèmes du corps humain, notamment le système nerveux, le système digestif, le système endocrinien, le système cardiovasculaire et le système immunitaire.

Des maladies qui se développent dans le système nerveux, on peut citer :

« *L'encéphalopathie de Wernicke, le syndrome de Korsakoff, la polynévrite alcoolique, la névrite optique, l'encéphalopathie hépatique, l'atrophie cérébelleuse, les démences, l'épilepsie, le delirium tremens, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur,*

¹⁹³ Entraid'addict. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Coma éthylique : que faire ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.entraidaddict.fr/coma-ethylique-que-faire>

¹⁹⁴ Alcool Info Service. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Les risques immédiats*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-court-terme>

Santé Publique France. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

Karsenty, Serge. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 55. *Épidémiologie du mésusage d'alcool* », dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « *Traité* », 2016, p. 431-435, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-page-431.htm>

¹⁹⁵ Les risques sanitaires associés à l'usage de l'alcool, à moyen et long terme, ne dépendent pas de la quantité d'alcool consommée, mais plutôt de la régularité de son absorption dans le temps, en un mot, de sa fréquence d'absorption. Plus, la fréquence de consommation d'alcool d'un individu augmente, plus celui-ci sera susceptible de développer une maladie liée à la consommation d'alcool. L'intoxication alcoolique chronique est due à une tolérance plus élevée à l'alcool.

l'anxiété, la dépression et les troubles psychiques ». Des maladies qui se développent dans le système digestif, on peut citer les « *cancers dans la bouche et la gorge [larynx, pharynx], dans l'œsophage, les maladies de foie, de côlon, de pancréas, de rectum, de sein pour les femmes, les cirrhoses du foie, et les troubles alimentaires* ». Dans le système endocrinien, nous avons les pancréatites aiguës et chroniques. Dans le système cardiovasculaire, nous avons les maladies « *Cardiovasculaires (AVC, infarctus de myocarde) cardiomyopathies, les varices œsophagiennes, et l'HTA* ». Le système immunitaire devient vulnérable à certaines maladies infectieuses comme la tuberculose, la pneumonie, les aggravations dans l'évolution du VIH et du sida. Hormis les pathologies liées à la consommation de l'alcool, nous avons l'apparition du syndrome de dépendance alcoolique.

2.2- Risques sanitaires spécifiques associés à la consommation d'alcool

Les conséquences de l'alcoolisme sont spécifiques selon le genre et l'âge des individus.

Cette section comporte trois sous-sections :

- Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les jeunes,
- Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les hommes et les femmes,
- Et les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les seniors.

2.2.1-Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les jeunes

La caractéristique principale des conséquences de l'alcool chez les jeunes est visible au niveau du système nerveux, en particulier, au niveau du cerveau. Chez les jeunes, l'ivresse diminue les capacités des neurones du cerveau à s'interconnecter. L'ivresse trouble la mémorisation, la planification. L'ivresse baisse la concentration et l'attention¹⁹⁶. Cette situation favorise les conduites à risques. La consommation de boissons alcoolisées peut entraîner une sensation de

¹⁹⁶ Aide alcool. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Comment l'alcool agit-il chez les jeunes ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://aide-alcool.be/jeunes-et-alcool>
Dequière, Anne-Françoise. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *L'alcool et les jeunes : état des lieux* », *Journal du droit des jeunes*, 2012/3 (N° 313), p. 39-44. DOI : 10.3917/jdj.313.0039, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-3-page-39.htm>
Blairy, Sylvie. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 15. *L'alcool favorise-t-il le passage à l'acte suicidaire ?* », dans : Vincent Seutin éd., *L'alcool en question*. Wavre, Mardaga, « *PSY-Émotion, intervention, santé* », 2015, p. 77-81. DOI : 10.3917/mard.seuti.2015.01.0077, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/l-alcool-en-questions--9782804702724-page-77.htm>

fatigue et des pertes de mémoire. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité des jeunes. Ces accidents sont principalement dus à l'alcoolémie du conducteur.

Un des aspects négatifs de l'alcoolisation des jeunes réside dans le fait que cette alcoolisation est parfois rattachée à des tentatives de suicide. Ce phénomène concerne surtout les jeunes garçons chez qui le risque suicidaire est trois fois plus élevé que chez les jeunes filles. Ce risque est majoré si on diagnostique une dépression. Chez les jeunes filles, on constate des troubles alimentaires. Certaines jeunes filles atteintes de boulimie remplacent la nourriture par les boissons alcoolisées pour ne pas ressentir la faim.

L'alcool reste plus longtemps présent dans le corps des jeunes gens, car leur foie est plus petit. Ainsi, l'alcool est métabolisé plus lentement. Parmi les risques associés à l'alcoolisation chez les jeunes, nous avons aussi les rapports sexuels non protégés et la multiplication des partenaires sexuels.

Au niveau du système endocrinien, l'alcool peut dérégler l'équilibre hormonal des jeunes en freinant par exemple la croissance de leurs os. L'alcool peut aussi dérégler le développement sexuel. C'est le cas de jeunes filles dont les menstruations peuvent être troublées et devenir irrégulières.

Outre tout cela, les jeunes peuvent associer la consommation d'alcool à d'autres substances psychoactives comme le cannabis, les médicaments

2.2.2-Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les hommes et les femmes

Les risques sanitaires¹⁹⁷entraînés par l'alcoolisation diffèrent d'un genre à un autre¹⁹⁸. Effectivement, ces différences sont liées à la constitution de l'organisme de chaque sexe.

¹⁹⁷ Futura santé. (Page consultée le 12/01/2022). *Tout le monde ne réagit pas de la même manière à l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-alcool-effets-sante-expertise-collective-inserm-147/page/6/>

¹⁹⁸ Karila, Laurent. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Les hommes et les femmes sont égaux devant l'alcool*. » », dans : *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool. Comprendre et sortir de la dépendance, sous la direction de Karila Laurent. Paris, Le Cavalier Bleu, « Idées reçues », 2018, p. 39-46*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-l-addiction-a-l-alcool--9791031802671-page-39.htm>
Brahic, Julie, Thomas, Olivier, et Lionel, Dany. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Alcool et grossesse : une Recherche qualitative auprès de femmes enceintes* », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2015/3 (Numéro 107)*, p. 403-434. DOI : 10.3917/cips.107.0403, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2015-3-page-403.htm>

D'abord, au niveau des systèmes endocrinien et musculaire, on constate que, pour un même âge, un même poids et pour une même quantité d'alcool consommée, la concentration d'alcool dans le sang sera plus importante que chez l'homme¹⁹⁹. En effet, le tissu adipeux, ensemble de cellules qui stockent les graisses, est plus important chez la femme que chez l'homme. De plus, la masse musculaire chez la femme est inférieure à celle de l'homme. La masse musculaire est la masse des muscles contenus dans le corps humain.²⁰⁰ Nous rappelons qu'il existe trois types de muscles : les muscles squelettiques ou striés, qui assurent le maintien du corps et sa mise en mouvement ; les muscles lisses, qui permettent la progression du sang, de l'air ou des aliments dans les organes creux et les conduits tubulaires de l'organisme ; et le muscle cardiaque, qui assure la circulation du sang dans l'organisme.

L'alcool, de l'orifice buccal jusqu'à l'orifice anal, suit le processus de la digestion. C'est le processus normal de tout aliment qui est absorbé.

Les différentes phases de la digestion sont : l'ingestion de la nourriture, sa digestion, l'absorption des éléments nutritifs et l'élimination des éléments qui n'ont pas pu être absorbés. Donc, dans un premier temps, l'alcool est ingéré par la bouche.

Dans un second temps, l'alcool est digéré : d'une part, le foie se charge de transformer, de stocker les nutriments utiles pour le fonctionnement de l'organisme²⁰¹, de filtrer et de trier tout ce qui doit rester dans l'organisme en mettant à part les nutriments et les déchets ; d'autre part,

¹⁹⁹ Futura santé. (Page consultée le 12/01/2022). *Tout le monde ne réagit pas de la même manière à l'alcool*, [En Ligne]. Adresse URL: <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-alcool-effets-sante-expertise-collective-inserm-147/page/6>

²⁰⁰ La masse musculaire est contenue dans la masse maigre. Cette dernière représente le poids total de l'eau corporelle, des organes, et des muscles contenus dans le corps. La masse maigre est opposée à la masse grasse ou la masse grasse. Les deux ensembles forment la masse corporelle. La masse grasse est la masse de la graisse contenue dans le corps. Cette graisse est "logée sous la peau ou autour des organes".

Rédaction 20 minutes. (Page consultée le 21 janvier 2022). *Qu'est-ce que l'IMC, la masse grasse, la masse maigre ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.20minutes.fr/magazine/secoacher-mag/2422159-20140106-qu-est-ce-que-l-imc-la-masse-grasse-la-masse-maigre>

²⁰¹ Futura. (Page consultée le 21 janvier 2022). *Muscle lisse : qu'est-ce que c'est ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-muscle-lisse-6675/>

Futura. (Page consultée le 21 janvier 2022). *Myocarde : qu'est-ce que c'est ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-myocarde-6693/>

AFM Téléthon. (Page consultée le 21 janvier 2022). *Repères : fonction digestive et maladies neuromusculaires*. [En ligne]. Adresse URL : https://www.afmtelethon.fr/sites/default/files/flipbooks/fonction_digestive_et_maladies_neuromusculaires_1004_publication/fonction_digestiveetmaladiesneuromusculaires1004.pdf

ces nutriments sont absorbés vers le sang par plusieurs actions, notamment par les actions des muscles lisses. Les muscles lisses assurent la circulation des substances (y compris la circulation de l'alcool transformé en nutriment) vers le foie, le cœur, les poumons, les reins, le cerveau, pour ne citer que ceux-là. Les muscles lisses, en se contractant, font progresser les aliments dans le tube digestif. L'ensemble de ces contractions est nommé péristaltisme. Au fur et à mesure qu'ils avancent dans le tube digestif, les aliments sont digérés. Plus la contraction de ceux-ci est importante, plus vite, l'alcool transformé en nutriment sera absorbé dans l'organisme. L'alcool restera donc moins longtemps dans le corps. Cette situation produira une baisse du taux d'alcoolémie ; ce qui signifie que le temps d'évacuation de l'alcool dépend de la masse musculaire. La masse musculaire étant plus importante chez les hommes que chez les femmes, le taux d'alcool sera plus élevé chez les femmes.

Dans un troisième temps, le reste de l'alcool, qui n'a pas pu être transformé en nutriments est éliminé par le foie²⁰², les déchets, sont éliminés par le rectum et l'anus.

Ensuite, au niveau du système digestif, une fois l'alcool distribué dans tout l'organisme, la métabolisation de l'alcool serait plus lente chez les femmes que chez les hommes²⁰³. Cette situation s'expliquerait par plusieurs éléments :

- La faible activité d'une enzyme particulière (l'alcool déshydrogénase). « *L'alcool déshydrogénase* » est l'enzyme en charge du métabolisme de l'éthanol. Sa faible activité entraînera une métabolisation plus lente de l'alcool dans l'organisme de la femme.
- Une diminution plus importante des contractions antrales chez la femme. L'antrum est la partie basse de l'estomac. L'antrum est chargé de transformer les aliments en éléments pouvant passer à travers la paroi du tube digestif pour se déverser dans le sang.

²⁰² Futura santé. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Tissu adipeux : qu'est-ce que c'est ?* [En ligne]. Adresse URL :

<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-tissu-adipeux-15691/>

Selon le site Futura, « *Le tissu adipeux est un ensemble de cellules (les adipocytes) serrées les unes contre les autres qui stockent des graisses. Il existe le tissu adipeux blanc et le tissu adipeux brun. Dans les adipocytes, le noyau est repoussé sur le bord à cause de la présence d'une grosse goutte lipidique qui occupe la majeure partie du cytoplasme. Le tissu adipeux se trouve sous la peau, en différents endroits du corps : autour des reins, au niveau de l'abdomen, dans les seins...* »

²⁰³ Futura santé. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Tout le monde ne réagit pas de la même manière à l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-alcool-effets-sante-expertisecollective-inserm-147/page/6/>

Par conséquent, l'alcool dure plus longtemps dans le corps de la femme et les déchets provenant de l'alcool sont évacués plus lentement.

- Les fluctuations hormonales. Il existe plusieurs hypothèses à propos des fluctuations hormonales responsables de la modification du métabolisme de l'alcool chez la femme. L'une de ces hypothèses soutient que, durant le cycle menstruel, les fluctuations hormonales de l'œstradiol et de la progestérone, ralentiraient l'absorption de l'alcool. Mais, Mais, Laurent Karila souligne que cette hypothèse reste actuellement controversée. Une autre hypothèse soutient que les modifications hormonales durant le cycle menstruel et la ménopause ainsi que la prise de contraceptifs oraux et de traitements hormonaux substitutifs peuvent ralentir le métabolisme de l'éthanol. Ces périodes favorisent une alcoolémie plus élevée chez les femmes.

Enfin, au niveau des systèmes nerveux et système endocrinien, il existerait un lien entre l'augmentation du taux d'œstradiol et une appétence pour la consommation d'alcool chez les femmes. Plus le taux d'œstradiol est élevé, plus un processus se met en marche dans l'organisme pour libérer plus de dopamine. Or la dopamine est responsable de l'activation du circuit de récompense. Le circuit de récompense, à son tour, est responsable de la mise en place des phénomènes de dépendance²⁰⁴. Il existe un projet pour vérifier si la progestérone, une hormone féminine, pourrait réguler l'activité des neurones dans le cortex cérébral, et prévenir la consommation excessive d'alcool²⁰⁵.

Les problèmes sanitaires généraux cités sur la section correspondante apparaissent plus rapidement chez la femme que chez l'homme. L'usage de l'alcool chez la femme peut affecter sa fertilité. Il peut causer des fausses couches. La consommation d'alcool risque la grossesse pour l'enfant à naître. Selon Lamblin, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ETCAF : « *désigne toutes les répercussions, physiques, cognitives et/ou comportementales, qui peuvent être liées à une consommation d'alcool par la mère au cours de sa grossesse. Ces*

²⁰⁴ Institut Pasteur. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Cerveau : comment s'active notre système de récompense ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.pasteur.fr/fr/cerveau-comment-s-active-notre-systeme-recompense>

²⁰⁵ Fondation Recherche Médicale. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Addiction à l'alcool : un effet positif de la progestérone ?* [En ligne]. Adresse URL: <https://www.frn.org/recherches-maladies-neurologiques/addiction/addiction-a-le28099alcool-un-effet-positif-de-la-progesterone>

troubles incluent le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), conséquence la plus importante pour l'enfant d'une exposition in utero à l'alcool... Les autres troubles causés par l'alcoolisation de la mère pendant la grossesse, sont appelés les Effets de l'Alcoolisation Fœtale (EAF) »²⁰⁶.

L'ETCAF varie selon plusieurs éléments, notamment : la quantité d'alcool absorbée, la durée d'exposition, la façon de boire, le stade de la grossesse, les capacités métaboliques de la mère et la sensibilité du bébé. Ces troubles sont irréversibles. Les résultats d'études sur l'ETCAF montrent que le SAF « *entraîne des anomalies de la face et du système nerveux central du bébé, des retards de croissance, une malformation de la boîte crânienne et de l'encéphale ainsi que des troubles nerveux* ». Dans 80 % des cas, « *le retard de croissance est le principal critère diagnostique du SAF. À long terme, cela se traduit par un retard mental, un déficit de l'attention, des difficultés à l'exécution de tâches motrices fines, une altération des difficultés à l'exécution de tâches motrices fines, une altération des capacités d'apprentissage et de mémorisation, voire l'apparition de psychoses. D'autres études ont montré des déficits chez les enfants ou adultes ayant un SAF en particulier plus de problèmes d'anxiété, de dépression et plus de difficultés dans les interactions sociales avec les autres* ».

Toujours selon ces résultats, les EAF sont « *...parfois moins sévères et moins faciles à diagnostiquer, car ils apparaissent plus tardivement lorsque l'enfant grandit (tels que des troubles de l'apprentissage et/ou du comportement). On peut noter que la dysmorphie crânio-faciale est considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero.* ».

Dans l'ouvrage Idées reçues sur l'addiction à l'alcool, écrit par Laurent Karila, l'auteur souligne que : « *Le risque de mortalité, toutes causes confondues, est multiplié par 1,5 pour une femme consommant quotidiennement environ 7,5 verres standard d'alcool par rapport à un homme ayant une consommation identique* »²⁰⁷.

²⁰⁶ Brahic, Julie, Olivier, Thomas et Lionel, Dany. (Page consultée le 31 mars 2023). « Alcool et grossesse : une recherche qualitative auprès de femmes enceintes », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2015/3 (Numéro 107), p. 403-434. DOI : 10.3917/cips.107.0403., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2015-3-page-403.htm>

²⁰⁷ Karila, Laurent. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Les hommes et les femmes sont égaux devant l'alcool.* » », dans : *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool. Comprendre et sortir de la dépendance, sous la direction de Karila Laurent. Paris, Le Cavalier Bleu, « Idées reçues », 2018, p. 39-46, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-l-addiction-a-l-alcool--9791031802671-page-39.htm>*

Chez les femmes, l'épisode dépressif précède ou aggrave généralement l'addiction alcoolique. Chez les hommes, c'est le contraire : généralement, c'est l'addiction alcoolique qui vient en premier ; l'épisode dépressif passe en second.

Selon Laurent Karila, une revue a été réalisée par Roy Dayne Mayfield, R. A. Harris, et Mark A. Schuckit. Elle porte sur les facteurs génétiques influençant la dépendance à l'alcool. Cette étude montre que la précocité de la consommation d'alcool chez les hommes, entraîne : « *plus d'altérations cognitives (mémoire, attention, concentration, prise de décision...), des syndromes de manque plus compliqués, plus d'impulsivité, plus de troubles de la personnalité et un risque suicidaire plus important* »²⁰⁸.

2.2.3-Les risques sanitaires associés à l'alcoolisation chez les seniors

Avec l'âge, les aînés développent une fragilité particulière²⁰⁹. Ceux-ci sont plus sensibles aux effets de l'alcool, à cause du vieillissement naturel de leur organisme. Cette hypersensibilité est due à deux éléments à la diminution de la concentration gastrique d'alcool déshydrogénase et à la diminution de la masse maigre et du volume corporel d'eau donc qui favorise une augmentation du taux d'alcool. Ces deux éléments favorisent l'augmentation du taux d'alcoolémie et une majoration des risques sanitaires liés à l'ingestion d'alcool chez les aînés. En effet, chez les personnes âgées la tolérance à l'alcool diminue du fait de l'âge. La principale conséquence de l'alcoolisme chez les seniors est que les seniors s'enivrent rapidement en consommant des doses qui seraient sans effet sur une personne jeune. Les malades alcooliques âgés reconnaissent qu'avec l'âge, leur corps ne supporte plus des doses d'alcool qu'il supportait quand ils étaient jeunes. Ainsi, comme les fluctuations hormonales majorent les complications générales liées à l'indigestion de l'alcool chez les femmes, de même l'âge majorent ces complications chez les seniors. Chez les personnes âgées, la consommation nocive de l'alcool

²⁰⁸ Karila, Laurent. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Les hommes et les femmes sont égaux devant l'alcool.* » », dans : *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool. Comprendre et sortir de la dépendance, sous la direction de Karila Laurent. Paris, Le Cavalier Bleu, « Idées reçues », 2018, p. 39-46, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-l-addiction-a-l-alcool--9791031802671-page-39.htm>*

²⁰⁹ Jovelin, Emmanuel. (Page consultée le 22 janvier 2022). « *La trajectoire de la souffrance : Lydia, femme alcoolique* », *Pensée plurielle*, 2004/2 (no 8), p. 81-102. DOI : 10.3917/p.008.0081., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2004-2-page-81.htm>

entraîne entre autres problèmes : les chutes, le syndrome démentiel, le syndrome confusionnel, l'état dé nutritionnel et les effets induits par la polymédication.

Dans la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, que les chutes soient à domicile ou non, la Haute autorité de santé a retenu que la consommation excessive d'alcool est le facteur précipitant de chute.

Le syndrome démentiel est l'ensemble des symptômes en rapport avec la démence²¹⁰. Mais, il faut noter que les démences fronto-temporales ou alcooliques concernent souvent les jeunes personnes, et les démences types Alzheimer, vasculaires ou mixtes, des personnes âgées. La preuve du lien entre alcool et le syndrome démentiel chez les personnes âgées n'est pas encore confirmée²¹¹.

Le syndrome confusionnel est un trouble de la fonction cognitive. Il est caractérisé par une incapacité à prêter attention, une désorientation, une incapacité à penser clairement et des fluctuations du niveau de vigilance (conscience)²¹².

Au niveau nutritionnel, l'alcoolisation aggrave des complications somatiques. Elle remplace l'alimentation habituelle, appauvrit l'organisme des personnes âgées en vitamine et produit des surcharges pondérales chez les sujets les moins atteints par l'état nutritionnel. L'usage multiple des médicaments fréquents associé à celui de l'alcool chez la personne âgée entraîne plusieurs effets dont la majoration des effets secondaires, l'inefficacité thérapeutique et l'inobservance médicamenteuse.

Les risques sanitaires liés à l'alcool peuvent aussi se manifester sous forme d'une souffrance psychique. Dans l'ouvrage « *les aînés et l'alcool* », l'auteur Pascal Menecier souligne : « À propos du mésusage d'alcool chez le sujet âgé, reconnaître une souffrance, c'est envisager l'existence d'une douleur. »²¹³. Cette souffrance pourrait faire ressentir à la personne une

²¹⁰ Larousse. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Syndrome*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/syndrome/76170>

²¹¹ Société Française d'Alcoologie. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Personnes âgées et consommation d'alcool- Question 2*, [En ligne]. Adresse URL: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_R2013-SeniorsQ2.pdf

²¹² Le manuel MSD version pour le grand public. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Syndrome confusionnel*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/syndrome-confusionnel>

²¹³ Menecier, Pascal. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 13. Recours à l'alcool et troubles cognitifs : cause

douleur ; douleur qui n'est pas seulement physique selon l'approche biomédicale de la maladie et de la santé. Cette douleur peut être aussi ressentie psychiquement selon l'approche psychologique de la maladie et de la santé. La particularité des soins des personnes âgées en addictologie et en psychogériatrie, est que la « *souffrance* » d'une personne âgée qui boit est globale. Elle n'est pas segmentée. Cette souffrance psychique, manifestée de façon explicite par la consommation de l'alcool entretient un lien implicite avec les raisons pour lesquelles l'individu boit. Pascal Menecier relate les résultats d'un sondage. Ce sondage a consisté à interroger 468 infirmiers et étudiants infirmiers pour savoir comment ils considéraient les difficultés que les sujets âgés avaient avec l'alcool. Les résultats de ce sondage ont révélé que plus de la moitié de ces professionnels, soit 83 % retient le terme de « *souffrance* » pour qualifier le terme de souffrance. En gérontologie, nous avons une approche biomédicale et holistique du vieillissement réussi, et des modèles du bien- vieillir. Il existe différents modèles du bien vieillir qui s'appuient sur ces approches. Ceux-ci permettent d'identifier les déterminants du vieillissement. Nous avons des modèles unidimensionnels et des modèles multicritères. Les modèles unidimensionnels mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle d'une seule dimension de la personne âgée, soit : physique, mental ou social. Les modèles multicritères mettent l'accent sur l'association de plusieurs critères. Parmi les modèles unidimensionnels, nous avons les modèles du bien vieillir biologique, les modèles du bien vieillir cognitif et les modèles du bien vieillir psychosocial. Nous avons trois modèles multicritères :

- Le modèle tridimensionnel de Rowe et Khan. Selon ces auteurs, « *Le bien vieillir inclut alors trois composantes principales et interreliées : l'absence de maladies ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social* »,

- Le modèle de sélection-optimisation-compensation de Baltes et Baltes.

Selon les individus adoptants cette stratégie, le fait de bien vieillir est lié au fait de « *tirer le meilleur parti de ce qui reste ou qui pourrait être disponible en utilisant des stratégies de*

Ou conséquence ? », dans : Les aînés et l'alcool. Sous la direction de Menecier Pascal. Toulouse, Érès, « Pratiques gérontologiques », 2010, p. 133-141, [En ligne]. Adresse URL : <https://www-cairn-info.proxybibpp.cnam.fr/---page-133.ht>

sélection -optimisation -compensation », sachant que « *La sélection a trait à la définition et au choix d'objectifs, l'optimisation est le choix et l'application des moyens les meilleurs pour atteindre ces objectifs. La compensation se réfère, quant à elle, à l'adoption de moyens de substitution lorsque les moyens initiaux ne sont plus disponibles, ou se révèlent inefficaces* ».

- Le modèle du fossé structurel de Riley et Riley.

Selon ces auteurs, plusieurs personnes vieillissent aujourd'hui sans incapacité, mais font face à un structurel « *quelque peu inchangé* ». Pour ces auteurs, la notion de système structurel renvoie aux « *normes et structures sociales qui régissent le travail, la vie de famille, ou les loisirs* ». Pour leur bien-être, ces personnes âgées devraient s'appuyer sur leur environnement. Ainsi, à partir des stratégies mises en place par un aîné pour bien vieillir, on peut nettement identifier le modèle de vieillissement mis en place par celui-ci. Hafzig Thomas (P.) ; Hazif-Thomas (C.) soulignent la nécessité de prendre en compte les notions de plaisir et de la douleur dans les soins en psychogériatrie. Selon ce modèle psychodynamique, si l'individu boit de l'alcool, c'est aussi pour éviter la dépression, et non parce qu'il est dépressif. L'individu ne boit pas pour résoudre un problème, mais pour éviter la dépression. C'est un modèle de sélection-optimisation-compensation. L'individu recherche le plaisir et évite les situations de déplaisir. La consommation d'alcool par des personnes âgées est souvent remise en cause d'un point de vue moral. À la suite d'un sevrage, l'alcoolisation peut induire une dépression.

Conclusion

Dans ce troisième chapitre, il était question de comprendre comment on devient malade alcoolique. Ce chapitre se compose de quatre sections.

Dans la première section, nous avons abordé les toxicomanies de façon générale. Nous avons montré que l'alcoolisme fait partie d'un grand groupe de maladies nommées les toxicomanies. Nous avons revisité l'origine du terme « *Toxicomanie* » et l'origine du terme « *alcoolisme* ». Dans la deuxième section, nous avons abordé les particularités de l'alcoolisme. Nous avons montré que la particularité de la maladie alcoolique réside dans deux points essentiels à savoir : l'objet de la maladie et le caractère sournois de la maladie. L'objet de la maladie alcoolique c'est l'alcool. Le caractère insidieux de la maladie repose sur le fait qu'au départ, l'individu pense contrôler sa consommation d'alcool. Mais après, il constate qu'il ne la contrôle plus. La

maladie est déjà là²¹⁴. La sournoiserie de la maladie alcoolique repose sur plusieurs caractères de l'individu : l'individu a une grande tolérance à l'alcool, l'individu nie sa maladie, l'individu nie qu'il est un cas à risque d'alcoolisme.

Dans la troisième section, nous avons abordé les différentes étapes de la maladie alcoolique. Selon Jean Adès, nous avons cinq étapes : le premier contact avec l'alcool, le stade expérimental, l'usage social intégré, l'usage excessif, et la dépendance alcoolique.

Dans la quatrième section, nous avons abordé les conséquences de l'alcoolisme. Elles sont sociales et sanitaires. Nous pouvons retenir du chapitre III que la maladie alcoolique est une maladie progressive. En d'autres termes, on ne devient pas malade alcoolique du jour au lendemain comme le disent Emmanuel Jovelin et Annabelle Oreskovic. Il y a un processus minutieux et silencieux qui se met en marche depuis le premier verre jusqu'à l'alcoolodépendance.

²¹⁴ Ça commence aujourd'hui. (Page consultée le 12 octobre 2021). *L'alcool a détruit leur famille –Ça commence aujourd'hui*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.youtube.com/watch?v=ILsNvTTBNrA&t=1s>

CHAPITRE IV : REPRÉSENTATIONS SOCIALES SUR L'ALCOOL, SUR L'ALCOOLISME ET SUR LE MALADE ALCOOLIQUE

Introduction

Nous rappelons que nous avons déjà défini les représentations sociales dans l'introduction. Les représentations sont des constructions de l'esprit, qui guident les actes des individus ou des collectivités dans la société. Il existe plusieurs représentations sur l'alcool, sur la maladie alcoolique et sur le malade alcoolique. Ce sont ces représentations qui vont essentiellement guider les actions des gens, et même la prise en charge des malades alcooliques.

Dans ce chapitre, il s'agira pour nous de répondre à la question spécifique suivante : quelles sont les représentations sur l'alcool, sur l'alcoolique, et sur l'alcoolisme ?

Pour répondre à cette question, il s'agira pour nous de décrire premièrement les représentations existantes sur l'alcool, deuxièmement les représentations existantes sur le malade alcoolique et troisièmement les représentations existantes sur la maladie alcoolique.

I- Représentations sociales de l'alcool

Dans la société, les individus ont des représentations sociales par rapport aux réalités sociales. L'alcool n'échappe pas à cette logique. Chaque individu a une représentation de l'alcool. Selon la théorie des représentations et du noyau central²¹⁵, les représentations de l'alcool influencent celles sur la maladie et sur le malade alcoolique.

Dans l'histoire, trois types de représentations sur l'alcool ont pu être dégagées. Ce sont les suivantes :

- l'alcool exaltation : il regroupe les divers emplois de l'alcool dans l'histoire : l'alcool aliment, l'alcool médicament et l'alcool festif,
- l'alcool catastrophe,
- et l'alcool maladie.

L'alcool exaltation

²¹⁵ Lo Monaco, Grégory, et Christian, Guimelli. (Page consultée le 7 décembre 2021). *Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-pensee-sociale--9782130497776-page-63.htm>

« *Alcool exaltation* » veut dire que l'alcool est porté à son plus haut mérite ²¹⁶. Cette représentation correspond à la première période de l'histoire de l'alcool. Selon cette représentation, l'alcool possède plusieurs fonctions positives qui méritent d'être valorisées.

Dans cette section, il s'agira pour nous de décrire ces différentes fonctions, les différents effets de l'alcool.

Ces fonctions se situeraient à plusieurs niveaux : social, symbolique, moral et médicinal.

Au niveau social, l'alcool remplirait plusieurs fonctions, notamment celles du plaisir et de la convivialité.

L'alcool serait un plaisir. L'alcool serait non seulement associé au plaisir du goût, mais aussi aux plaisirs de la vie²¹⁷.

Dans l'alcool plaisir, il y aurait l'idée que l'alcool satisferait un ou plusieurs besoins de l'individu. Ce plaisir pourrait être tout simplement lié au goût du produit, ou à des moments de la vie où l'on aurait besoin de l'alcool. À tel point qu'une publicité des années 1950 déclarait : « *Un repas sans vin est comme une journée sans soleil* ». Cette citation est forte de sens. Elle nous montre que l'alcool illuminerait la vie des individus au même titre que le soleil.

Certains emplois de l'alcool dans la société associeraient ce produit à la notion de convivialité, voir de sociabilité. Au niveau symbolique, l'alcool symbolise les relations sociales. L'alcool est un instrument du lien social. En effet, l'alcool est rarement consommé seul. Il existerait un plaisir à le consommer en compagnie d'autres personnes. L'alcool, c'est le plaisir du partage. L'alcool est synonyme de convivialité. Généralement les meilleures bouteilles sont sorties pour accueillir des amis, leur faire plaisir. L'alcool accompagne tous les moments importants de l'existence et est associé à la sociabilité. L'alcool participe à la construction et à la référence identitaire des individus.

L'alcool est un produit de consommation courante qui structure les rapports entre les individus.

En effet, à travers les rites et usages du produit, il met en évidence, l'appartenance d'un individu

²¹⁶ CNRTL. (Page consultée le 4 décembre 2021). *Exaltation*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/exaltation>

²¹⁷ Graziani, Pierluigi, et Daniela, Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, p. 27-30.

à un groupe. Parmi ces rites et usages, nous avons l'organisation du « *pot* », du « *verre de l'amitié* » ou du « *vin d'honneur* ».

Prenons le cas d'un groupe d'individus, possédant l'une des pratiques ci-dessus. Imaginons, que ce groupe identifie la pratique de ces rites et usages cités ci-dessus, comme un principe obligatoire pour appartenir à ce groupe. Imaginons qu'un individu extérieur à ce groupe souhaite appartenir à ce groupe d'individus. Pour marquer son adhésion à ce groupe, il faudrait pour cet individu pouvoir pratiquer ces rites et usages. Tout individu qui se soustrairait de ces pratiques, identifierait son non-désir d'appartenir au groupe.

L'alcool est présent, qu'il s'agisse d'une naissance, d'un baptême, d'un mariage, de la réussite à un examen, ou du départ d'un collègue. Lors de tels moments, celui qui n'organise pas un pot, n'est pas bien vu. Ainsi, ce sont autant de faits sociaux qui structurent des rapports humains au moyen de l'alcool. L'alcool est aussi un signe de prestige sociale, marque le degré de civilisation d'un individu. Il montre si la personne en face connaît les mœurs et rites dans la société. Il met en évidence le degré de sociabilité d'un individu. L'alcool est un véritable élément d'intégration. L'alcool participe à la construction des identités. Pour illustrer le rôle que joue l'alcool au sein des relations sociales, nous pouvons nous appuyer sur le concept de Bourdieu, nommé « *l'habitus* ». Pour Bourdieu, « *l'habitus* » est à la fois un principe générateur de pratiques objectivement classables et le système de classement de ces pratiques²¹⁸. C'est exactement le rôle que l'alcool joue au sein des relations sociales. Certaines personnes consomment l'alcool dans le but de s'identifier à un groupe. Ce groupe pourrait les reconnaître parce que lui aussi a établi certaines normes autour de l'usage de l'alcool. Pour Raymond Chapuis, les individus s'imprègnent des habitus sociaux, qui ont été enrichis de multiples représentations sur l'alcool, au cours des siècles. Les « *habitus* » sociaux sur l'alcool sont transmis dès l'enfance, à travers un ensemble de comportements et d'attitudes. L'alcool fait partie des valeurs transmises. Il fait référence à une réalité, autour de laquelle se sont forgées, des représentations individuelles et collectives à l'origine des pratiques qui en découlent²¹⁹. Cet extrait des avant-propos de l'ouvrage « *Désirs d'ivresse : alcools, rites et dérives* », illustre

²¹⁸Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 72.

²¹⁹ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. Op. cit., p. 73.

l'apprentissage des rapports sociaux par la réalité alcool, dont nous sommes en train de parler. Carmen Bernand, l'auteur de ces avant-propos, déclare : « *Dans toutes les sociétés, les boissons alcoolisées sont une façon d'exprimer une identité, d'affronter les risques ou les transitions de la vie et d'accéder, par l'ivresse, à une autre ... Dis-moi donc avec qui tu bois et je te dirai qui tu es. Mais si tu bois seul, tu n'es plus qu'un pochard, un ivrogne rejeté à la marge de la société.*²²⁰ ».

Au niveau moral, l'usage qu'on en fait est étiqueté, comme nous le montre la citation de Carmen Bernand citée ci-dessus.

Revenons au niveau symbolique. Nous retrouvons aussi l'idée, selon laquelle l'alcool symbolise le sacré. Dans des textes religieux comme la Bible, l'alcool symbolise la communion. Avec Dieu, à travers l'exemple de la sainte cène. Selon Tobie Nathan, l'alcool permettrait de rentrer en contact avec les divinités²²¹, de faire des rituels de possession, de voir le présent ou le futur, et même d'attaquer les sorciers.

Au niveau médicinal, nous retrouvons aussi l'idée selon laquelle l'alcool est un médicament. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre sur « *Comment on devient alcoolique* », l'alcool fait partie des sédatifs, déprimeurs ou perturbateurs du système nerveux central. L'alcool est un antistress, un antidépresseur, un anti-anxiolytique et un stimulant. Par exemple, un individu peut décider d'utiliser l'alcool comme antistress pour se soulager du stress. Un autre individu peut utiliser l'alcool comme stimulant pour pouvoir s'exprimer en public. L'alcool exaltation possède une connotation positive de l'alcool. Cette connotation positive découle des fonctions positives de l'usage de l'alcool dans la société.

L'alcool catastrophe

²²⁰ OFDT. (Page consultée le 6 décembre 2021). *Sommaire de l'ouvrage, Désirs d'ivresse : alcools, rites et dérives*, [En ligne]. Adresse URL: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=15643

²²¹ Bianquis, Isabelle. *L'alcool : Anthropologie d'un objet-frontière*, Éditions L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 2012, 252 pages.

Le Vot-Iffrah, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, Collection Inconscient et culture, 1989, 252 pages.

« *Alcool catastrophe* » indique littéralement que l'alcool est source d'événements dommageables²²². Cette représentation correspond à la deuxième période de l'histoire de l'alcool.

Pendant cette période, l'alcool est considéré comme un fléau. Selon cette représentation, l'alcool possède plusieurs fonctions négatives. C'est du même produit, l'alcool, dont nous parlons depuis la section précédente, l'alcool exaltation. Mais dans cette section, l'alcool posséderait des fonctions négatives. De ces fonctions négatives, découleraient une représentation négative de l'alcool dans la société. Le fait que l'alcool soit une catastrophe est inquiétant pour la société. Les fonctions négatives et inquiétantes de l'alcool se situent au niveau social et moral.

Au niveau social, certaines études montrent que, le mot « *alcool* » est souvent associé aux termes « *danger, maladie, ivrognerie et ivresse*²²³ ». Dans un article de Ludovic Gaussot, un homme témoigne : « *On devient plus rien si on va jusqu'au bout, on se laisse entraîner.* »²²⁴.

Dans cet extrait, le malade alcoolique exprime la frayeur que l'alcool a développé en lui. Pour ce malade alcoolique, le danger dans la consommation de l'alcool se trouve « *au bout* » de celle-ci. L'expression « *au bout* » met en évidence un départ et une fin, à toute consommation d'alcool. L'alcool serait ainsi à la fois valorisé par ses effets, et dévalorisé à long terme par ces mêmes effets. Il y'a un processus d'inversion des effets de l'alcool sur l'individu.

Finalement, l'alcool aliment devient un alcool psychotrope. L'alcool plaisir devient un alcool problème.

Ainsi, l'une des fonctions inquiétantes de l'alcool sur l'individu et sur la société se trouve dans ses conséquences.

²²² Larousse. (Page consultée le 4 décembre 2021). *Catastrophe*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/catastrophe/13747>

²²³ Lo Monaco, Grégory, et Christian, Guimelli. (Page consultée le 9 décembre 2021). *Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-pensee-sociale--9782130497776-page-63.htm>

²²⁴Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 9 décembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*, article, [En ligne]. Adresse URL : https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416#:~:text=Notre%20hypoth%C3%A8se%20est%20donc%20que,normalit%C3%A9%20%3B%20construction%20normative%2C%20en%20prescrivant

Au niveau moral et symbolique, l'alcool catastrophe entraîne la marginalisation de l'alcoolique dans la société.

Si dans la section précédente, la perception positive de l'alcool participait à la cohésion sociale et à la construction sociale de l'identité des individus, dans cette section, l'alcool est plutôt destructeur des relations sociales.

Dans cette section, au niveau social, les individus sont stigmatisés à cause des conséquences visibles de l' « *alcool catastrophe* », encore nommé, « *l'alcool problème* »²²⁵. Dans l'extrait partiellement cité ci-dessus, la personne poursuit en disant : « ... *On devient un déchet... On ne compte plus pour personne. Les autres ne comptent plus pour vous. On devient RIEN. On reste rien jusqu'à la fin de sa vie...* ». Cet extrait nous montre un exemple de scénario catastrophe.

L'alcool catastrophe détruit les relations sociales et isole le buveur. Les excès visibles font que la personne est diminuée aux yeux des autres personnes, voire marginalisée par ceux-ci. De plus l'individu centre son attention sur le produit, le focalisant ainsi plus sur le produit au détriment de relations sociales. Cette situation crée l'isolement de l'individu²²⁶.

Dans ce scénario, les conséquences de l'usage de l'alcool sont la désocialisation et la marginalisation de l'alcoolique.

L'alcool maladie

« *L'alcool maladie* » signifie que l'alcool est source de maladie. Cette représentation correspond à la troisième période de l'histoire de l'alcool. Durant cette période, l'alcool est considéré comme un agent pathogène. L'alcool est source d'une maladie : la dépendance alcoolique.

Comme nous l'avons déjà expliqué dans la section précédente, « *l'alcool maladie* » correspond à une particularité de « *l'alcool catastrophe* ». Il est en fait un prolongement de « *l'alcool catastrophe* » quand le buveur n'a pas pu s'empêcher de continuer à boire abusivement l'alcool. « *L'alcool maladie* » a donc des fonctions négatives de l'alcool.

²²⁵ Dany, Lionel, et al. (Page consultée le 06 décembre 2021). *L'alcool : un objet au cœur du social*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2015-3-page-299.htm#:~:text=Si%20les%20breuvages%20alcoolis%C3%A9s%20existent,normes%2C%20usages%2C%20rituels%2C%20socialisation>

²²⁶ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 33-68.

Ces fonctions se situent essentiellement au niveau symbolique.

Au niveau symbolique, l'alcool devient supérieur à l'individu. Cette supériorité s'observe à travers une symbolisation des effets de l'alcool sur l'individu. Nous avons un échange de position entre l'alcool et l'individu. L'individu semble piégé par le pouvoir pathogène de l'alcool. Le buveur ne tient plus l'alcool. « *Le sculpteur Thomas Lerooy a réalisé en 2014 la sculpture "You Were On My Mind" ce qui signifie littéralement "tu étais dans mon esprit" »*. Cette sculpture montre les conséquences de l'abus de l'alcool. Elle montre plusieurs éléments : la main d'un homme qui tient une bouteille, dans laquelle finalement se retrouve la tête de l'homme. C'est une sculpture qui se résume ainsi : « *L'homme prend un verre puis le verre prend l'homme* »²²⁷. Un célèbre proverbe chinois dit : « *D'abord, l'homme prend un verre, puis le verre prend le verre, enfin le verre prend l'homme* ». En d'autres termes, l'homme serait dépossédé de son humanité, l'assimilant ainsi à l'objet qu'il manipulait au départ, qui finalement le manipule. Ce breuvage a une puissance sur l'individu. Il a une telle emprise sur l'individu qu'il ne peut s'empêcher de consommer le produit. Cette situation équivaut à un besoin irrépensible de consommer le psychotrope : c'est la caractéristique de toute dépendance.

II- Représentations sociales sur l'alcoolisme

L'alcoolisme sera qualifié dans l'histoire de mauvaise façon de boire, dites-le « *mal boire* ». Le mal-boire inclut le trop boire²²⁸. À l'opposé, nous avons la bonne façon de boire, qui est le « *Bien boire* ». Le bien boire inclut le savoir boire, parce que le second découle de l'apprentissage du premier. Bien boire, mal boire, trop boire et savoir boire sont à la fois des manières de consommer l'alcool, et des types de représentations de la consommation de l'alcool.

²²⁷ Opéra. (Page consultée le 21 février 2022). *L'homme prend un verre puis le verre prend l'homme : découvrez cette sculpture qui fait le buzz*, [En ligne]. Adresse URL : <https://ci.opera.news/ci/fr/lifestyle/6dba3cee95beff457d2f80fca6ce79cb>

²²⁸ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 9 décembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*, article, [En ligne]. Adresse URL : https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416#:~:text=Notre%20hypoth%C3%A8se%20est%20donc%20que,normalit%C3%A9%20%3B%20construction%20normative%2C%20en%20prescrivant

Hormis ces représentations profanes de l'alcoolisme, nous avons aussi des représentations découlant des différentes approches théoriques de l'alcoolisme, dans l'histoire. Ces représentations sont les suivantes : l'approche médico-psychologique, l'approche symbolique phénoménologique et l'approche morale sociale. Cette section se divise en quatre sous-sections qui sont les suivantes :

- Le bien boire,
- L'approche morale sociale de l'alcoolisme,
- L'approche médicopsychologique de l'alcoolisme,
- L'approche symbolique phénoménologique de l'alcoolisme.

1- Le bien boire

Selon Ludovic Gausso, sociologue, le bien-boire est une norme²²⁹. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre sur les approches sociologiques de la déviance et du risque, le bien boire est une règle que les gens suivront dans la société. Le non-respect de cette règle entraînera des sanctions par les entrepreneurs de morale. Que signifie bien boire ? Bien boire sous-entend deux points essentiels. Le premier point caractérise l'absence d'abstinence. Le second point caractérise l'absence d'excès. Pour mieux comprendre la notion du bien boire, nous nous appuyerons respectivement sur la définition du savoir boire en France et l'identification de ce modèle d'alcoolisation dans le pays. Selon Barthes, « *Savoir boire est une technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité.* »²³⁰. On pourrait extrapoler cette définition du savoir boire au reste du monde. Elle met en évidence trois termes dans sa définition, notamment le pouvoir de performance de l'individu, son contrôle et sa sociabilité. Parler de performance revient à dire que la consommation d'alcool dans la société est classée au rang d'épreuve. Une épreuve, par définition, a pour but de vérifier la résistance d'un individu. Du contrôle reviendra à vérifier qu'on est toujours dans la norme du bien boire. La sociabilité est la qualité d'un individu qui

²²⁹ Gausso, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²³⁰ Cité par Gausso. Op.cit., p.7.

sait vivre avec les autres. Dans notre cas, cette sociabilité est mesurée par la performance de l'individu et son contrôle.

Ainsi, bien boire est une fourchette qui permet de situer sa consommation d'alcool, et la réaménager s'il le faut pour le conformer à une situation donnée.

Le bien boire comme modèle d'alcoolisation en France correspond à deux notions qui sont les suivantes :

- « *boire moins, boire mieux, boire autrement* » comme le soulignent Nourrisson et Garrier²³¹,
- « *connaître le vin, l'apprécier, et savoir en parler* », comme le souligne Albert²³².

« *Moins* », « *mieux* » et « *autrement* » sont des adverbes qui qualifient le verbe boire : « *moins* » pour la quantité, « *mieux* » pour le perfectionnement et « *autrement* » pour une réduction de risques liés à l'usage de l'alcool. Nourrisson et Garrier utilisent ces termes, pour parler de tempérance, de modération, de mesure et de maîtrise de soi. On est toujours dans l'idée de se maîtriser pour ne pas atteindre un état d'alcoolisme. Dans ce sens, le bien boire comme modèle d'alcoolisation constitue bel et bien une norme, dans la mesure où rien qu'en suivant les règles établies du bien boire, l'individu évite un schéma problématique de l'usage de l'alcool. Luigi Cornaro quant à lui nous parle de la sobriété²³³. Il a un ouvrage « *De la sobriété conseils pour vivre plus longtemps* », où il propose en quelque sorte une médecine de soi-même. Selon lui, la sobriété consiste à diminuer sa consommation d'alcool, pour atteindre la « *soif naturelle* » est « *boire à la Cornaro* ». L'objectif de ce boire est de rendre impossibles les excès, et les maux liés à l'intempérance.

2- L'approche morale sociale de l'alcoolisme

²³¹ Nourrisson, Didier. (Page consultée le 21 février 2022). « *Aux origines de l'antialcoolisme* », *Histoire, économie et société*, vol. 7/4, 1988, [En ligne]. Adresse URL: www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_1988_num_7_4_2392

Garrier, Gilbert. (Page consultée le 21 février 2022). *Histoire sociale et culturelle du vin*, Paris, Larousse, 1998, [En ligne]. Adresse URL : www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1996_num_51_6_410925_t1_1383_0000_000

Le Bras, Stéphane . (Page consultée le 21 février 2022). *Une industrie patriotique ? La filière des boissons alcoolisées pendant la Grande Guerre*, [En ligne]. Adresse URL : <https://books.openedition.org/igpde/4982#ftn3>

²³² Albert, Jean-Pierre. (Page consultée le 21 février 2022). *La nouvelle culture du vin*, [En ligne]. Adresse URL : <https://journals.openedition.org/terrain/2961>

²³³ Lecoutre, Matthieu. *Le goût de l'ivresse : Une histoire de la boisson en France*, Belin, 2017, pages 205-240.

Comme nous l'avons expliqué dans la problématique, l'approche morale sociale correspond à la première période dans l'histoire « *de l'alcool, de la maladie alcoolique et des alcooliques dans le monde* ». À cette période, l'alcoolisme est considéré comme un vice, un péché et un fléau. L'alcoolisme portait le nom de l'ivrognerie. L'ivrognerie qualifiait l'ensemble des troubles liés à l'usage nocif de l'alcool, l'ivrogne, l'individu atteint d'ivrognerie. L'ivresse et l'ivrognerie sont en réalité les manifestations bruyantes de la maladie alcoolique. La conception de ces troubles à cette période est purement une conception morale. La consommation excessive de l'alcool fait l'objet de rejet dans la société et l'objet d'une dévalorisation sociale.

Ludovic Gaussoit a fait une étude sur les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du bien-boire, avec des buveurs normaux. Les résultats de cette étude ont prouvé que l'alcoolisme était appréhendé comme un « *mal boire* » du point de vue normatif, éthique et social. Le critère par lequel on distingue l'alcoolisme, d'une consommation responsable de l'alcool, sera l'impératif normatif du savoir boire, ou du bien boire. Par ricochet, l'alcoolisme sera l'échec de cet impératif. Les conséquences sociales de cet échec sont d'abord la déchéance de l'individu, ensuite sa désocialisation, et enfin sa marginalisation.

Dans un premier temps, au niveau moral, l'alcoolisme va entraîner une déchéance des individus, leur décomposition morale. La déchéance, c'est la dégradation des gens, leur diminution en normes, en repères, en valeurs ou en estime. Un ouvrier déclare : « *C'est pour ça que je n'aime pas boire : quand je vois les gars se diminuer comme ça !* »²³⁴. Selon Sylvie Fainzang, au lieu d'engendrer la socialisation de l'individu, l'alcoolisme produit plutôt en lui, l'inversion de la culture du bien boire, l'animalisation de l'individu, son infériorisation et sa déshumanisation²³⁵. Dans un second temps, au niveau social, l'alcoolisme entraîne la désocialisation de l'individu. La relation addictive entraîne la perte du lien avec autrui : c'est la rupture du lien social. Par

²³⁴ Gaussoit, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²³⁵ Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, 176 pages.
Le mouvement Vie Libre est un groupe d'entraide de malades alcooliques abstinents. Il considère que l'alcoolisme est une maladie « *de la société* ».

exemple, l'alcoolisme rend l'individu incapable de faire face aux exigences de la vie quotidienne ou à ses responsabilités.

Dans un troisième temps, la perte du lien social s'accompagne d'un isolement, donc d'une marginalisation. Selon Ehrenberg, le discours sur l'alcoolisme est un discours sur le lien social.

3- L'approche médico-psychologique

L'approche médico-psychologique correspond à la seconde période dans l'histoire «*de l'alcool, de la maladie alcoolique et des alcooliques dans le monde* ». Au XXe siècle, l'alcoolisme est reconnu comme une maladie, c'est-à-dire que l'alcoolisme a des causes et des symptômes que l'on peut reconnaître. Le terme d'«*alcoolisme*» succède à celui d'«*ivrognerie*». La conception médicale succède à la conception morale. Certes, l'alcoolisme est reconnu comme maladie, mais le concept en lui-même garde les valeurs de rejet du concept précédent, l'ivrognerie²³⁶. Pour parler de l'alcoolisme, le vocabulaire employé par les personnes est en rapport avec les processus physiologiques et psychologiques de la maladie. Littéralement, cela pourrait se résumer ainsi : «*On est malade quand l'alcool entraîne une souffrance* ». La distinction entre les trois formes de dépendances à savoir la dépendance physiologique, la dépendance psychologique et la dépendance sociale, est souvent faite explicitement. En ce qui concerne la dépendance physique, les termes employés par les individus expriment un besoin irrépressible de l'alcool. Quant à la dépendance psychologique, le vocabulaire est plus riche et varié. Nous retrouvons des expressions comme : «*ne pas pouvoir s'en passer* », «*ne pas pouvoir s'empêcher de boire* », «*être incapable de se maîtriser* ». La connaissance de la maladie alcoolique serait liée aux caractéristiques sociodémographiques des individus, de leurs modes de vie, de leur milieu professionnel et des campagnes de sensibilisations effectuées à l'égard de ces individus. Le terrain est donc déjà sensibilisé à l'approche scientifique et médicale de la maladie alcoolique. Les représentations des causes étiologiques de la maladie alcoolique suivent deux modèles : le modèle psychologique et le modèle social. Le premier modèle domine. Il identifie d'abord une cause à l'alcoolisme, le problème que l'individu n'arrive pas à surmonter. Cette représentation signifie que la maladie alcoolique aurait un départ. Ce départ

²³⁶ Le Vot-Ifrac, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, Collection Inconscient et culture, 1989, p.102.

serait le problème de l'individu. Certaines personnes considèrent l'alcoolisme comme une maladie de la volonté. Un médecin déclare : « *La plupart des personnalités alcooliques sont la plupart du temps des gens faibles* »²³⁷. Cette représentation sous-entend que la maladie alcoolique perdurerait par manque de volonté des malades alcooliques. Une femme médecin déclare : « *La personne est stressée, elle se rend compte que boire ça fait du bien, que ça a un petit effet tranquillisant* »²³⁸. C'est par la suite que le cercle de consommation devient vicieux. C'est par la suite que le cercle de consommation devient vicieux.

Ensuite, L'individu continue la consommation parce qu'il croit masquer son problème avec l'alcool. Une femme ingénieur déclare : « *... C'est un truc qui tourne en rond. Je pense que c'est difficile de sortir de ça parce que on a engendré un cercle* »²³⁹. C'est la théorie du cercle vicieux. Cette théorie stipule que la maladie alcoolique découle de la dégradation d'une situation causée par l'alcool. En principe, cette situation aurait dû être résolue ou disparaître grâce à l'alcool. Enfin, la situation se dégrade et aboutit à l'alcoolisme. La personne consomme pour oublier son problème initial. L'alcoolisme est le résultat de la consommation répétée de l'alcool, dont le but initial était de résoudre ou faire disparaître ledit problème. Ce type d'alcool, ayant pour but de prendre en charge un problème est encore appelé alcool-méphistophélique. Pour résumer, les représentations selon le modèle psychologique de la maladie suggèrent que les problèmes de l'individu sont à l'origine de la dépendance alcoolique.

²³⁷ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. *Sciences sociales et santé*, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²³⁸ Idem

²³⁹ Ibidem

Phase 1	On boit un verre	on se rend compte que	ça minimise le problème	relation contingente
Phase 2	On boit deux verres	parce que	ça masque le problème	relation causale
Phase 3	On « boit »	pour	oublier le problème	relation téléologique

Figure 5-Processus de l'alcoolisme selon le modèle psychologique²⁴⁰

Selon Ludovic Gausso, le second modèle, le modèle culturel et minoritaire, serait plus dangereux que le premier. Ce second modèle associe la cause de l'alcoolisme au geste automatique du boire au « *devoir boire* » comme preuve de convivialité ou de pression sociale²⁴¹. À l'origine de la maladie alcoolique, ce ne sont donc pas les problèmes individuels. C'est plutôt « *le vivre ensemble* », à l'exemple du « *petit apéro de tous les jours* ». Un technicien déclare : « *C'est encore plus grave que ce qu'on pourrait imaginer. Sans avoir cherché à résoudre un problème, sans motif, on fait une fête, on arrose la naissance, la réussite d'un examen et on commence à devenir alcoolique...* »²⁴². Dans le cas du « *boire convivial* », l'alcoolisme est perçu comme le fruit d'une habitude et non d'un problème. Cette habitude indique plus une contrainte sociale. À l'opposé de l'approche sociale morale de l'alcoolisme, l'approche culturelle de l'alcoolisme ne montre pas que les buveurs normaux ne se sentent pas concernés par la maladie. Un technicien déclare : « *Je ne me sens pas à l'abri...* »²⁴³.

²⁴⁰ Gausso, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²⁴¹ Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, p. 29-52.

²⁴² Gausso, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²⁴³ Idem.

Le mouvement Vie Libre est un groupe d'entraide de malades alcooliques abstinents. Il considère que l'alcoolisme est une maladie « *de la société* ».

Cette assertion montre que la maladie alcoolique n'est pas méconnue du monde professionnel. En revanche, lorsque l'alcoolisme est appréhendé du point de vue des conséquences physiques, psychologiques et sociales, les agents se sentent moins concernés²⁴⁴.

Nahoum-Grappe déclare : « *L'ivresse se donne en spectacle, alors que les effets organiques à bas bruits de la molécule d'éthanol restent dans l'ombre* »²⁴⁵. La maladie alcoolique fait peur. Par son caractère chronique, elle est encore plus dangereuse que l'ivrognerie et l'ivresse, qui sont circonstanciées. Mais étant plus abstraite, elle est moins stigmatisée que l'ivresse et l'ivrognerie. Le critère de stigmatisation dans la consommation d'alcool est la capacité de l'individu à se maîtriser. Parlant des représentations de l'alcoolisme, un médecin affirme : « *des gens qui ne sont plus capables de se contenir, d'avoir des réactions normales... c'est que quelque part ça ne fonctionne plus très bien.* »²⁴⁶. Quelque part, les manifestations visibles, de l'alcoolisme sont un critère discréditant pour la sociabilisation du malade alcoolique. Selon Ludovic Gaussot, ce n'est pas la dépendance alcoolique en elle-même qui est stigmatisée, mais la conduite visible de l'homme ou de la femme ivrogne. Cette dévalorisation renforce les pratiques de dissimulation ou simulation de l'ébriété afin de préserver les apparences normales.

4- L'approche « symbolique phénoménologique » de la maladie alcoolique

²⁴⁴Frédérique Gardien, docteure en sciences de l'éducation, a assisté à des réunions d'un groupe AA. Elle fait un rapport entre la connaissance du processus d'installation de la maladie alcoolique, chez des malades alcooliques abstinents et la reconnaissance du risque lié à la maladie alcoolique. Pour elle, plusieurs éléments concourent à l'installation de la maladie alcoolique. Les malades alcooliques abstinents semblent connaître l'alcool. Mais, ils ne connaissent pas en réalité le processus d'installation captieuse de la maladie alcoolique. Les souffrances actuelles, ou les blessures actuelles que nous vivons, de façon générale, ainsi que nos réactions par rapport à celles-ci traduisent des blessures dans le passé, nommées brisures de l'enfance. Cette assertion signifie que pour Gardien, comme Olievenstein, l'alcoolisme à l'instar des toxicomanies en général, serait caractéristique de personnes ayant vécu des brisures dans l'enfance. Hormis ce fait, le risque lié à l'alcool pourrait être aussi lié à l'âge. Frédérique Gardien fait couple par exemple, le lien entre alcoolisme des adolescents, sexualité et prise de risques. Pour elle, il faut prendre en compte la dimension libidinale affective, dans la définition de l'alcoolisme. Elle constate, qu'à cet âge, il est difficile de se voir à risque d'alcoolisme.

²⁴⁵ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²⁴⁶ Idem.

C'est une approche à la fois symbolique et phénoménologique de l'alcoolisme. Elle ne correspond à aucune période. L'approche symbolique comprend les significations symboliques profondes de la maladie. L'approche phénoménologique comprend les perceptions imaginaires de la maladie alcoolique, telles qu'elles se dessinent dans l'esprit des gens.

L'approche symbolique phénoménologique est le croisement de ces deux catégories de représentations. Dans l'imaginaire social, l'alcoolisme correspond à une perte d'équilibre du buveur normal. Cette perte d'équilibre correspond soit à une chute (précédée d'une dégringolade), soit un basculement, ou une noyade. La chute du corps est la chute physique. La chute symbolique n'est pas physique. Elle rassemble l'ensemble des séquences qui précèdent la chute physique. Durant les séquences de la chute symbolique, l'individu n'est plus capable de supporter ce qu'il boit. Cet état entraîne une certaine attitude qui caractérise par plusieurs indicateurs. La personne ne tient plus debout. Elle n'est plus capable de se tenir correctement droit. Elle a une démarche titubante. Ses genoux flanchent. Ses idées ne sont plus claires. Elle traîne dans les caniveaux. Elle est à quatre pattes dans les escaliers. Tous ces signes montrent la défaillance du corps. La chute physique de la personne certifie sa chute symbolique. Selon Ludovic Gaussot, l'image qui illustre le mieux la correspondance entre la chute symbolique et la chute physique est celle du buveur « *ivre—mort—couché—par terre* ». Dans diverses expressions, on emploie plusieurs verbes pour comparer la consommation de l'alcool à une noyade. Ce sont les expressions suivantes : se jeter dans l'alcool, se noyer, s'enfoncer, se débattre dans l'alcool, sombrer dans l'alcool, ou sombrer dans la maladie alcoolique. Le corps du buveur est imbibé, imprégné. Il dégorge ou cuve. La « *chute dans le liquide* » exprimée à travers les verbes ci-dessus image en quelque sorte l'échec du « *maintien du monde normal* », contre les forces liquides obscures provenant de « *l'abîme de la bouteille* ». Par plusieurs verbes dans le discours sur les représentations de l'alcoolisme, on met en évidence le cercle vicieux de la consommation de l'alcool. Ce sont les suivants : « *tomber, retomber, tomber dans l'alcool, tomber par alcoolisme, tomber dans l'alcoolisme, dans l'excès, le piège, basculer de l'autre côté, rebasculer, chuter et rechuter* ». Tous ces verbes traduisent la chute alcoolique.

La dégringolade précède la chute. Elle est le fait pour le buveur, de se voir glisser vers l'alcoolisme, à une intensité variable selon les individus, les circonstances et le produit. C'est

un autre mouvement qui n'est pas la chute. Un ouvrier déclare : « *Je voyais qu'il descendait, qu'il était vraiment au bas de l'échelle, qu'il dégringolait à toute allure* ».

Si la dégringolade ne finit pas dans l'imaginaire du buveur normal, on reconnaît toutefois un fond. Ce n'est que lorsque l'alcoolique a touché son fond, qu'il prend conscience de sa chute dans un premier temps.

Dans un second temps, il remonte la pente. Quand on parle de pente à remonter, cette expression évoque le fait que l'usage nocif de l'alcool n'est pas irréversible. L'individu peut tout à fait revenir à un non-usage de l'alcool.

Dans un troisième temps, il cherche à se sortir de l'alcoolisme.

Les verbes en rapport avec la pente sont les suivants : monter/descendre, arrêter/reprendre. Nous avons deux types de chutes : la chute raide et la chute moins raide. La chute moins raide se produit lorsqu'une personne a atteint son fond. Étant consciente de son fond, cette personne pourrait transformer ses probables chutes en pentes à remonter. On parlera alors de pente savonneuse ou mauvaise, avant de sombrer dans l'alcoolisme.

Un des médecins interviewés détaille le processus de l'alcoolisme en trois étapes : « *boire normalement* », « *être sur la pente savonneuse* », et « *sommer dans l'alcoolisme* ». Certaines personnes parlent de glissade, en pensant à la pente savonneuse ou mauvaise.

L'alcoolisme est la chute redoutée, le piège à éviter. La pente est la combinaison de la chute avec une descente douce, attirante, lente, pleine d'illusions. Selon Ludovic, l'approche imaginaire ou phénoménologique est irréductible aux approches morales et médicales. Les raisons sont que l'approche imaginaire rend compte de la manière subjective dont est ressenti l'alcoolisme, dans la société. Il existe également une part de subjectivité dans ces deux autres approches.

III- Représentations sociales sur le malade alcoolique

Dans cette section, nous parlerons du regard que les hommes portent en général sur les malades alcooliques dans la société. Ce regard évolue en fonction des représentations de la maladie elle-même, présentées dans le chapitre précédent. De l'analyse des représentations de l'alcoolisme, selon Ludovic Gaussot, trois types de regards ou de représentations ont pu être dégagés. Ce sont les suivants :

- 1- L'alcoolique, un être déchu,
- 2- L'alcoolique, un égal en difficulté,
- 3- L'alcoolique, un être exceptionnel.

1- L'alcoolique, un être déchu

Le jugement moral et le rejet social sont les conséquences de la représentation. Généralement, ce sont les ivrognes et les clochards qui subissent ces traitements. Un être déchu est une personne qui a perdu sa force, son crédit, sa réputation. Il existe plusieurs représentations sur les malades alcooliques. Entre autres, les malades alcooliques sont considérés comme de faibles personnes. Ils manquent de force morale, de fermeté, de volonté. C'est un jugement qui est fait à l'endroit des malades alcooliques, et qui les caractérise comme tels. Ces carences caractérisent les malades alcooliques. Un médecin déclare : « *La plupart des personnalités alcooliques sont la plupart du temps des gens faibles.*²⁴⁷ ». Les modèles étiologiques psychologiques et culturels de la maladie alcoolique ressortent deux types d'alcooliques.

Dans le premier cas, l'alcoolique posséderait un « *penchant* » ou profil type à l'origine de la maladie. Il s'agit de l'ivrogne, du pochtron, du buveur. Ces derniers paraissent des personnages familiers. Ils boiraient pour des raisons anomiques, notamment à cause des problèmes familiaux, des déboires et des ruptures au cours de leur vie. Dans le second cas, l'alcoolique posséderait une « *habitude* » à l'origine de sa maladie. Il s'agit du malade alcoolique qu'on connaît moins. Il boirait pour des raisons dynamiques. Par exemple, il boirait à l'occasion des apéros, des cafés avec les copains et au boulot.

Comparé au premier type d'alcoolique, celui-ci n'a pas de raison de boire. Il boit par contrainte sociale. Tandis que le premier par exemple présente parfois des profils à risque de l'alcoolisme. Quel que soit le modèle étiologique de la maladie alcoolique, l'alcoolique se trouve face à un piège, les conséquences de son penchant ou de son habitude. Il court le danger tomber dans la dépendance alcoolique. Être alcoolique n'est pas un statut que les gens souhaitent acquérir, à plus forte raison le statut de l'ivrognerie. À partir des modèles d'explication de la maladie

²⁴⁷ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

alcoolique, une distinction peut être établie entre l'ivrogne, l'alcoolique, le malade alcoolique et le buveur.

L'alcoolique	L'ivrogne
Invisible	Visible
Masqué	Exhibé
Peut n'être jamais ivre	Ivre du matin au soir
On ne soupçonne pas	On a la preuve
Il le dénie	Il en est conscient
Sournois	Simple
Il n'a pas de raisons	Il a des raisons
On ne comprend pas	On peut le comprendre
Dépendant	Boit-sans-soif
Le malade	Le buveur

Figure 6-Traits distinctifs de l'ivrogne, de l'alcoolique, du malade alcoolique et du buveur²⁴⁸

L'ivrogne, c'est celui chez qui les manifestations de l'alcoolisme sont visibles. Un proverbe dit: « *c'est à la trogne qu'on reconnaît l'ivrogne* ». Le malade alcoolique, c'est celui qui est dépendant de l'alcool, mais chez qui on ne voit pas forcément les manifestations de l'alcoolisme, parce qu'il ne l'exhibe pas ou qu'il sait cacher son alcoolisme. L'ivrogne se rapproche de l'alcoolique traditionnel, et le malade alcoolique de l'alcoolique moderne. Une autre distinction se fait entre ceux qui supportent l'alcool, les buveurs, et ceux qui ne le supportent pas, les dépendants. Cette distinction se fait le plus souvent dans le milieu profane. Tandis que l'approche médicopsychologique de la maladie alcoolique analyserait la quantité absorbée par l'individu, les effets de l'alcool sur l'organisme de l'individu, ce qui est jugé par l'approche médicopsychologique profane de la maladie alcoolique, c'est plutôt la capacité de l'individu à supporter l'alcool. D'un côté, le milieu médical est intéressé par le retentissement physiologique de l'alcool sur l'individu qui boit.

De l'autre côté, le milieu profane est intéressé par le retentissement comportemental de l'alcool sur l'individu qui boit. D'abord, un individu qui boit, est jugé normal, en fonction de son comportement pour donner suite à sa consommation d'alcool. Ensuite, il faut plusieurs autres

²⁴⁸Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

signes pour que l'individu soit reconnu comme un buveur. Enfin, on peut observer si le buveur a un comportement suspect ou inadéquat aux mœurs ou aux lois. La conduite de la femme ou de l'homme ivre ou ivrogne fait l'objet de plus de surveillance que celle du dépendant alcoolique. Ce qui ferait plus facilement l'objet de stigmatisation ou d'étiquetage ce n'est pas le fait que le buveur devienne intolérant à l'alcool, mais qu'il ne soit plus capable de supporter l'alcool. De ces consommateurs d'alcool, l'ivrogne et le clochard sont des référents négatifs du boire. Ce sont des personnages « *visibles, montrés, bruyants, spectaculaires* ».

Dans l'approche symbolique phénoménologique, le buveur ne tient plus l'alcool. Il n'arrive plus à maîtriser son corps. S'ensuivent des gestes titubants et imprécis. Son corps défaille. Le buveur plonge, replonge et se noie dans l'alcool. Ludovic dira plus loin : « *L'alcoolique est celui qui est sombre et se noie dans le chaos* ». L'alcoolique tombe, retombe, chute et rechute dans l'alcool. Comme nous l'avons expliqué dans l'approche symbolique phénoménologique de la maladie alcoolique, il faut que l'alcoolique touche son fond pour « *Remonter la pente* », pour « *s'en sortir* ». L'alcoolique est incapable de se hisser à la hauteur du modèle du bien boire. Au niveau moral, l'alcoolique perd l'estime des gens. Les actes qu'il pose sous l'emprise de l'alcool lui font perdre sa dignité. Il est considéré comme une loque, un déchet, une épave et une ruine, comme du matériel qui se détériore et qui est à jeter. Selon Sylvie Fainzang, l'alcoolisme animalise, infériorise, déshumanise le buveur normal, le rejetant dans l'état nature. Les personnes ivres ou ivrognes renvoient au dégoût, à la déchéance. Pour ne pas sombrer, certains individus se font violence eux-mêmes. L'alcoolique est doublement aliéné. Non seulement il n'est plus maître de lui-même, mais il ne sait plus comment établir le contact avec autrui. À cause de l'alcool, l'alcoolique se détache non seulement moralement de ses exigences, de ses responsabilités, mais socialement il se détache des autres.

Pour récapituler, dans un premier temps, l'alcoolique est reconnu par son comportement. L'alcoolique est symbolisé par le clochard. Le clochard se trouve au bas de toutes les échelles, que ce soit au niveau de sa santé, de l'estime personnelle, des relations avec les autres.

L'alcoolique est privé de plusieurs attaches tant au niveau familial, professionnel qu'au niveau social. L'ivrogne et l'ivre apparaissent de moins en moins comme des personnages attendus et joviaux. Ils tendent maintenant à être perçus négativement, étiquetés négativement, voire stigmatisés.

2- L'alcoolique, un égal en difficulté

Un égal est une personne qui jouit des mêmes droits, qui est du même rang que quelqu'un d'autre²⁴⁹. En tant qu'êtres humains, nous sommes égaux, parce que nous avons la même nature, la nature humaine.²⁵⁰ Ludovic Gaussot souligne que la représentation de « *l'alcoolique un égal en difficulté* » correspond à l'idée suivante : « *il faut le comprendre, l'épauler, ou l'accompagner : c'est un malade comme un autre* ». La représentation de « *l'alcoolique un égal en difficulté* » comprend deux notions essentielles.

La première notion est que l'alcoolique est un égal, qu'il faut comprendre, épauler, et accompagner. Cette notion comprend deux points. Premièrement, l'alcoolique est un égal. Il est comparé à tout autre individu quelconque. Qu'on soit un non-buveur ou un buveur normal d'alcool, on est invité à considérer le malade alcoolique comme une personne digne d'attention. Par ailleurs, personne n'est exclu de la maladie alcoolique. On peut se dire que la maladie alcoolique peut aussi nous atteindre. Deuxièmement, il faut comprendre cet égal « *le malade alcoolique*), *il faut l'épauler, et l'accompagner* ».

La deuxième notion est que l'alcoolique est un malade comme un autre malade. Cette notion place la maladie alcoolique au même rang que les autres maladies. Cette représentation instruit que comme toute autre maladie, la maladie alcoolique possède des symptômes et des causes. Chacun de nous pourrait les connaître de manière variable. On classe l'alcoolique, l'égal en difficulté en deux catégories : l'alcoolique, un égal et l'alcoolique, un malade comme un autre malade.

2.1-L'alcoolique est un égal

Certaines représentations montrent les malades alcooliques sont considérés comme des égaux des autres.

²⁴⁹ Larousse. (Page consultée le 2 décembre 2021). *Égal*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/egal/27988>

²⁵⁰ Dico en ligne Le Robert. (Page consultée le 2 décembre 2021). *Égal*, [En ligne]. Adresse URL : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/egal>

Nous allons l'illustrer avec plusieurs extraits d'entretien tirés de l'article, « *Les représentations sociales de l'alcoolisme et la construction sociale* » du « *bien boire* », de Ludovic Gausso.

Nous allons analyser l'utilisation des pronoms personnels dans ces différents discours, pour montrer comment les personnes se perçoivent elles-mêmes par rapport à la probabilité de devenir malade alcoolique.

Le premier extrait, porte sur c'est le discours d'une. Elle déclare : « *On peut facilement glisser progressivement là-dedans. La peur, c'est qu'on y glisse tellement doucement... sans s'en rendre compte* ». ²⁵¹ Nous constatons que l'interviewée a utilisé deux fois le pronom. Ce pronom est un pronom personnel indéfini. L'emploi de ce pronom montre que la personne qui parle se retrouve dans l'action qu'elle est en train de décrire. Il n'y a pas qu'elle seule dans l'action. Elle est avec plusieurs autres personnes ²⁵². Cela veut dire que pour elle, elle peut aussi devenir alcoolique. La maladie alcoolique est une maladie qui peut toucher tout le monde. La secrétaire ne se met pas en marge de la personne qui est déjà alcoolique. L'extrait que nous venons d'analyser est tiré de la section sur l'approche symbolique phénoménologique de la maladie alcoolique, plus particulièrement la sous-section sur la pente savonneuse.

Le deuxième extrait aussi est un propos de cette secrétaire. Elle ajoute : "... « *C'est le piège, je suis tombée dedans, faisons attention* » ...". Nous constatons que l'interviewée a utilisé le pronom personnel « *je* ». Ce pronom est le pronom personnel de la première personne du singulier. Il désigne la personne qui parle. L'emploi de ce pronom montre que la secrétaire elle-même, a vécu un moment où sa consommation d'alcool n'était plus normale. Elle est crédible pour nous parler de la « *pente savonneuse* », parce qu'elle-même en a fait l'expérience. C'est pourquoi elle lance un appel vers la fin de l'extrait. Dans cet appel, elle demande à chacun de faire attention à sa consommation d'alcool, car personne n'est à l'abri de la maladie alcoolique. Pour ce genre de personnes qui ont déjà vécu des situations précises dans un domaine donné, le titre d'expert pourrait leur être attribué selon certains critères, dans ledit domaine. Ce sont des personnes qui peuvent témoigner des choses arrivant dans ce domaine. Une personne

²⁵¹ Gausso, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16 (1), pages 18,19,27,34, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²⁵² Larousse. (Page consultée le 2 décembre 2021). *On*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/on/55984>

expérimentée dans un domaine peut produire un témoignage crédible. Dans notre sujet, la secrétaire est une personne-ressource. Un alcoolique pourrait se retrouver en elle, comme elle-même pourrait se retrouver en un alcoolique. Tous les alcooliques ne vivent peut-être pas la même expérience de la maladie, mais, avoir été touché par la maladie alcoolique est un trait qui leur est tous commun.

Le troisième extrait est tiré de la section portant sur l'approche morale sociale de la maladie alcoolique. L'extrait est celui d'un technicien. Il s'exprime en disant : « *J'ai connu très jeune la relation alcool – malheur familial* ». Le technicien utilise aussi le pronom « *je* ». Il a donc aussi fait l'expérience de la maladie alcoolique. Comme la secrétaire, il pourrait se retrouver alcoolique, comme lui-même pourrait se retrouver en un alcoolique. Ainsi, pour la secrétaire et le technicien, l'alcoolique constitue un égal. L'utilisation des pronoms dans les différents discours ci-dessus n'est pas fortuite. Les pronoms « *on* » et « *je* », sont utilisés. Ces pronoms témoignent d'une implication de l'individu dans le discours ; comme pour dire que tout le monde peut être touché par la maladie alcoolique. L'emploi de ces pronoms montre que l'alcoolique est un égal en difficulté. Cependant, l'emploi de pronoms personnels de la troisième personne, en général (il, ils, elle ou elles) montreraient la distanciation par rapport à la maladie. Une illustration de la représentation un alcoolique en difficulté réside aussi dans les actions des mouvements d'entraide des personnes en difficulté avec l'alcool. Ce sont des structures qui regroupent plusieurs membres et conjoints de membres ayant vécu des situations d'alcoolisme. On y retrouve des hommes et des femmes de tout âge. Les mouvements d'entraide²⁵³ sont constitués de personnes en difficultés avec l'alcool. Certains malades alcooliques abstinents partagent leurs expériences au cours des réunions hebdomadaires. Ici, il y a cette idée de parler d'égal à égal des difficultés. Pour les conjoints des malades²⁵⁴ aussi, l'alcoolique est réellement un égal en difficulté. Les conjoints eux-mêmes s'identifient au malade. Une femme de buveur déclare : « *J'ai parfois l'impression que c'est moi l'alcoolique...* ». Ce témoignage montre que le malade alcoolique n'est plus qu'un égal en

²⁵³ Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, p. 14,38, 44.

²⁵⁴ Idem, p. 84-90.

difficulté, mais c'est « nous », c'est – à-dire conjoint-malade alcoolique, qui est en difficulté²⁵⁵.

Pour le modèle culturel étiologique de la maladie alcoolique, certaines personnes se rendent compte que simplement par l'habitude du fait du boire social ou convivial, sans même avoir un problème à résoudre, elles peuvent devenir alcoolique. Un technicien déclare : « *C'est encore plus grave que ce qu'on pourrait imaginer. Sans avoir cherché à résoudre un problème, motif, on fait une fête, on arrose la naissance, la réussite d'un examen et on commence à devenir alcoolique*²⁵⁶... ». Ainsi, le technicien se trouve plus proche de l'alcoolisme qu'un clochard. Un clochard est une personne qui vit dans des conditions sociales défavorisées. L'alcoolisme d'un clochard ne serait pas vraiment étonnant, puisque cela serait justifié par ses conditions de vie défavorables. Mais comment expliquer l'alcoolisme d'une personne qui jouit d'une certaine intégration sociale ? Cet état de fait qui est encore plus grave. En réalité, intégré ou moins intégré dans la société, personne n'est moins à risque de l'alcoolisme.

La déclaration du technicien révèle aussi que le malade alcoolique est une personne étrange. Cette étrangeté fait qu'on redoute de dire qu'on est semblable à lui. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre sur intitulé « *Comment on devient malade alcoolique* », l'alcool produit des effets visibles sur l'individu. Ces effets rendent la personne étrange²⁵⁷. Selon Taléghani, « *Chacun puise dans ses propres représentations pour avoir des pratiques et des discours face à l'alcoolisme* ». Nous nous rajoutons aussi face à l'alcoolique. En rapport avec le propos du technicien, certaines personnes feront la part des choses : elles croient qu'elles peuvent être touchées par la maladie alcoolique ; mais en même temps, elles croient qu'elles ne dépasseront pas un certain niveau de la maladie. Il y'a donc un niveau d'ambiguïté au niveau de leur perception d'égalité avec l'alcoolique.

²⁵⁵ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16 (1), pages 18,19,27,34, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²⁵⁶ Idem.

²⁵⁷ Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, p. 64.

2.2-L'alcoolique est un malade comme tout autre

Selon cette représentation, à l'image de quelqu'un qui a le paludisme, l'alcoolique est un malade comme tout autre. Selon l'approche médicopsychologique de la maladie alcoolique, la compréhension de l'alcoolique l'emporte sur l'incrimination. Cette compréhension aide le malade face au rejet. Aujourd'hui, même le milieu profane milite pour une reconnaissance de la maladie dans la société. La connaissance des différentes formes de dépendance physique, psychologique et sociale de la maladie participe à considérer l'alcoolique en tant que malade²⁵⁸. Même si le milieu profane ne maîtrise pas le jargon médical pour décrire les symptômes des différentes dépendances, il connaît néanmoins les symptômes de la maladie alcoolique. Il utilise ses propres termes, Par exemple, pour parler de la dépendance physique à l'alcool, le milieu profane n'évoque pas le système de récompense qui entraîne la dépendance à l'alcool. Le milieu profane parlera de besoins plus ou moins vagues, mais irrépressibles de l'alcool. La dépendance psychologique à l'alcool fait l'objet de développements plus détaillés.

Finalement, que la terminologie soit profane ou technique, les différentes interpellations des profanes et des agents du corps médical participent à reconnaître à l'alcoolique le statut de malade.

Le milieu profane sait que l'alcoolique souffre d'une maladie nommée l'alcoolisme. Cette maladie a des raisons, qui seraient autrefois qualifiées de vice ou de péché. Il y'a donc un changement ou une évolution des représentations sociales de la personne alcoolique. Cette évolution dans les représentations participe à une démarche plus compréhensive de l'alcoolique. Elle est favorable à son accompagnement.

Comme nous l'avons expliqué dans la section ci-dessus, les mouvements d'entraide des personnes en difficulté avec l'alcool sont des structures qui se proposent justement d'accompagner la personne alcoolique et son entourage. L'alcoolique sait qu'il peut être correctement accompagné, lui et sa famille²⁵⁹. Il sait aussi qu'il sera accompagné, selon son

²⁵⁸ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16 (1), pages 14-16, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

²⁵⁹ Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, p. 37, 42.

genre. De plus, aujourd'hui, les représentations médicales de la maladie ont évolué. De même, l'accompagnement des malades alcooliques a aussi évolué. L'équipe thérapeutique qui accompagne les malades alcooliques est plus spécialisée, et propose donc des traitements plus adaptés aux malades alcooliques. Cette évolution dans les représentations sur l'alcoolisme s'accompagne d'une évolution de la prise en charge des besoins de l'alcoolique, un égal en difficulté. L'alcoolique est accompagné, et moins jugé²⁶⁰. Il est soutenu.

Ainsi, la conception médicale succède bel et bien dans les dires et les faits à la conception morale.

Une population sensibilisée à l'approche scientifique et médicale aura un discours empreint de l'approche médicopsychologique de la maladie alcoolique. Cette population reconnaîtra l'alcoolique comme un malade, contrairement à une population qui n'est pas sensibilisée à cette approche²⁶¹.

3- L'alcoolique, un être exceptionnel ou un créateur

Ludovic Gaussot souligne que la représentation de l'alcoolique, un être exceptionnel²⁶² ou un créateur²⁶³ correspond à l'idée suivante : « ... *on l'admire, c'est un génie, un artiste* »²⁶⁴. Ce sont des représentations qui s'appuient sur le modèle étiologique culturel de la maladie alcoolique. Dans cette section, ce modèle met en évidence les rapports entre l'ivresse et l'art. Nous nous appuyons sur ce modèle, pour faire ressortir plus précisément le lien entre

²⁶⁰ Idem. p. 38-42,119-128.

²⁶¹ C'est le cas de l'échantillon de l'étude que Ludovic Gaussot a réalisée. Les personnes ont fait des études supérieures. L'étude a été faite dans un milieu professionnel. De plus, l'entreprise dans laquelle ces personnes travaillent est très technique. Une campagne avait été faite cinq ans avant les entretiens. Cette campagne a été suivie d'une conférence d'un alcoologue.

²⁶² Larousse. (Page consultée le 3 décembre 2021). *Exceptionnel*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exceptionnel/31983>

²⁶³ Larousse. (Page consultée le 4 décembre 2021). *Créateur*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/créateur/20286>

²⁶⁴ Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. Sciences sociales et santé, 16 (1), pages 14-16, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>
Lecoutre, Matthieu. *Ivresse et ivrognerie dans la France moderne (XVIe -XVIIIe siècles)*, Université de Bourgogne, 2010, p. 413-422.

l'enivrement et le fait que l'alcoolique soit un être exceptionnel. Nous allons nous appuyer sur des représentations existant en France. Dans cette section, nous avons deux sous-sections qui sont les suivantes :

- L'alcoolique, un être exceptionnel à travers l'enivrement transcendant,
- Et l'alcoolique, un créateur à travers l'enivrement créatif.

3.1- L'alcoolique, un être exceptionnel à travers « l'enivrement transcendant » au XVI^e siècle

Selon cette représentation, l'ivresse par le vin transformerait le buveur en un être exceptionnel²⁶⁵, une personne hors de l'ordinaire, capable d'atteindre Dieu, d'atteindre la vérité céleste. Ce type d'enivrement est dit transcendant.

Comment Dionysos-Bacchus, le dieu du vin, parviendrait-il à transformer le buveur en cet être ? Selon la Bible, Dieu crée d'abord l'homme, appelé Adam. Il le place « *dans le jardin d'Eden pour le cultiver et le garder* »²⁶⁶. Ensuite, il crée une aide semblable à l'homme, la femme. Il crée la femme à partir d'une côte qu'il a prise à l'homme. Il l'appelle Eve. Dieu et les hommes ont des rites, dans le but de s'enquérir du bien-être des hommes. Enfin, la chute de l'homme se produit lorsque dans un premier temps, le serpent séduit Eve, et dans un second temps, Eve décide de manger du fruit de l'arbre interdit par Dieu. Le faisant, elle désobéit à Dieu, son créateur et son père. Elle ne s'arrête pas là. La bible déclare qu'« *elle en donna aussi à son mari, qui était auprès d'elle, et il en mangea.* ». Lui, aussi désobéit à Dieu, son créateur et son père. C'était la toute première fois qu'Adam et Eve désobéissaient à Dieu. Voilà pourquoi cette désobéissance est qualifiée de péché originel et de chute. Après ce péché, Dieu chasse Adam et Eve du jardin. Mais, ils ne perdent pas que cette faveur de Dieu. Après la chute d'Adam et Eve, dans le jardin, l'homme perd certains privilèges de la capacité de se connecter directement à Dieu.

²⁶⁵ Lecoutre, Matthieu. *Ivresse et ivrognerie dans la France moderne (XVI^e -XVIII^e siècles)*, Université de Bourgogne, 2010, p. 413-422.

²⁶⁶ Bible Gateway. (Page consultée le 22 février 2022). *Genèse 2 et Genèse 3*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=Gen%C3%A8se%20&version=LSG>

Selon la philosophie néoplatonicienne, l'homme, malgré sa chute, pourrait se rapprocher de Dieu grâce à son âme. Son âme est intellectuelle, contemplative et intuitive.

Montaigne écrit que pour Platon, la faculté de prophétiser étant au-dessus des hommes, pour le faire, il faut être en dehors de soi ou dans la folie. L'homme peut être en dehors de lui, par le sommeil, par un état de maladie ou par un ravissement céleste. C'est là que Dionysos-Bacchus, le dieu du vin, intervient. Ce dieu pourrait permettre de retrouver l'unité avec Dieu, perdue par la chute de l'homme, dans le jardin d'Eden, par son péché originel. Ainsi, ce dieu pourrait permettre à l'homme d'atteindre le divin, la vérité céleste.

L'alcoolisme est une maladie pouvant mettre l'homme en dehors de lui, à travers ses deux manifestations, l'ivresse et l'ivrognerie. Ces deux états plongent parfois l'ivrogne ou la personne ivre dans un sommeil profond et onirique. Le buveur dans un état de sommeil ou en plein rêve est dans un état second. Il pourrait alors dépasser le monde sensible et s'ouvrir à la voie de la vérité. Le ravissement est une extase mystique²⁶⁷. Une extase est un état mystique privilégié où l'âme s'unit directement à Dieu. L'extase se définit aussi comme étant l'état de quelqu'un qui se trouve comme soustrait au monde sensible. Ainsi, le ravissement céleste se définit comme l'état de quelqu'un qui se trouve comme soustrait au monde sensible, pour s'unir directement à Dieu. Par conséquent, la maladie alcoolique pourrait permettre à une personne d'atteindre Dieu, la vérité céleste.

Platon, Socrate et Lysandre sont tous de grands hommes dans l'histoire. Tous sont de tempérament mélancolique²⁶⁸. L'ivresse par le vin est capable de provoquer ce tempérament, puisque le vin serait est de la même nature venteuse, que la bile qui produit naturellement, ce tempérament chez les hommes²⁶⁹.

Cet enivrement est sacré. Il est opposé à l'enivrement profane. Selon Alcofribas Nasier, écrivain français humaniste, c'est suivant l'enivrement sacré encore nommé « *théologal* », qu'il a écrit Gargantua, Pantagruel ou le Tiers Livre. Ainsi, Alcofribas Nasier était un bon buveur ivre. Mais,

²⁶⁷ Larousse. (Page consultée le 4 décembre 2021). *Extase*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/extase/32364>

²⁶⁸ Jeangirard, Claude. (Page consultée le 4 décembre 2021). *VI. Aristote. Le Problème XXX*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-troisieme-dimension-dans-la-construction--9782865866601-page-75.htm>

²⁶⁹ Idem.

Panurge a été trouvé mauvais buveur ivre, car il ne s'ouvrait pas à la dimension divine du vin. Par conséquent, il n'a pas pu s'arrêter de boire.

Pour les humanistes, « ...il est tout à fait juste... d'identifier spirituellement l'ivrogne à un fou... ». En revanche, prétendre rejoindre le divin, par la voie de l'enivrement, serait une option insensée. Cette assertion signifie que pour les humanistes, d'un point de vue éthique, ce n'est pas en étant ivre que l'on peut accéder au divin. D'autres voies sont plus consacrées que l'enivrement à l'atteinte de cette vérité.

3.2-L'alcoolique un créateur, à travers l'enivrement créatif, du XVIIe au XVIIIe siècle

Selon cette représentation, l'ivresse par le vin transformerait le buveur en un créateur. Ce type d'enivrement est dit créatif.

Aux XVIIe et XVIIIe siècles, l'enivrement transcendant cède la place à l'enivrement créatif.

« ... *La Réforme catholique et le jansénisme travaillent à transfigurer Dionysos.* ». L'art sollicite davantage Dionysos-Bacchus, le dieu des mystères, par convention, que par conviction. Bacchus perd sa dimension spirituelle. Il devient simplement le dieu du vin et de la gaieté. À travers la consommation du vin, les buveurs ne recherchent plus un enivrement de type transcendant, mais plutôt de type créatif. Ce n'est plus la quête du divin, de la vérité qui est mise en avant, à travers l'enivrement. C'est simplement la capacité créative.

Suivant cette nouvelle quête, plusieurs auteurs rédigent des ouvrages inspirés de la « *gourde* ». Parmi ces auteurs, nous pouvons citer les noms de célèbres écrivains comme La Fare, Chapelle, Chaulieu, La Fontaine, Molière, Panard, Gallet et Vadé.

Pour illustrer en quoi, le vin transforme le buveur en un créateur, nous prendrons l'exemple des buveurs du Caveau. Le Caveau ou la société du Caveau, est une société bachique, qui a fait rayonner en France la tradition de l'enivrement créatif au XVIII^e siècle. Dans la société du Caveau, nous avons : Charles-François Panard, Pierre Gallet, Alexis Piron, Charles Collé, Louis Fuzelier, Joseph Saurin, Crébillon fils et Crébillon père. Le principe de créativité est le suivant. Les buveurs se retrouvent plus ou moins régulièrement dans un cabaret de la rue de Buci à Paris. Chacun des buveurs à un verre dans une main et la plume dans l'autre main. Chaque personne doit créer une épigramme pour une autre personne du groupe. « *Si elle est jugée bonne, la victime est condamnée à boire immédiatement un verre d'eau. Mais si l'épigramme n'est pas*

satisfaisante, c'est son auteur qui doit boire le verre d'eau, relégué ainsi au rang de poète sans inspiration ». Cet exemple nous montre la valeur que possède le vin pour ces écrivains. Le vin procure une force créative au buveur, contrairement à l'eau. Le Caveau est également un lieu de collaboration littéraire. L'enivrement n'est feint par personne. C'est dans cette atmosphère que les écrivains s'inspirent pour créer des ouvrages. Les écrivains demandent même conseil pour les créations à venir. Par exemple, c'est dans cette atmosphère que « *La Vérité dans le vin de Collé* » a été créée, avant d'être jouée plus tard.

Luigi Cornaro puis Léonard Lessius émettent des critiques par rapport à l'enivrement transcendant et créatif. Pour Cornaro, nul n'est besoin de devenir ivre pour devenir transcendant ou créatif. L'homme peut rester sobre et avoir toutes ces capacités. Léonard Lessius rajoute on peut être sobre en esprit, et atteindre le divin. Pour lui, « *la sobriété facilite les actions de l'esprit* ». *Elle seule permet d'atteindre le divin.* ». La tempérance face à l'alcool a des avantages par rapport à l'intempérance.

Conclusion

Ce quatrième chapitre avait pour but de présenter les représentations sociales qui existent sur l'alcool, sur la maladie alcoolique et sur le malade alcoolique, dans la société. Ce chapitre comprend quatre sections. Dans la première section, nous avons défini le concept de représentations sociales, selon Denise Jodelet, comme étant un ensemble de croyances qu'un groupe d'individus possède, concernant une réalité sociale. Les représentations sociales ont une visée théorique et une visée pratique. Leur visée théorique consiste à imaginer la réalité sociale. Leur visée pratique consiste à guider les pensées, les actes et les communications sociales des individus, dans le monde et avec autrui.

Dans la deuxième section, nous avons abordé les représentations sociales de l'alcool en nous appuyant essentiellement sur l'article de Ludovic Gaussot. Il existe trois grandes représentations sociales de l'alcool : l'alcool exaltation, l'alcool catastrophe et l'alcool maladie. Dans la troisième section, nous avons abordé les représentations sociales de la maladie alcoolique en nous appuyant sur le même article. Nous avons trois approches de la maladie alcoolique qui sont les suivantes : l'approche morale sociale, l'approche médicopsychologique et l'approche symbolique phénoménologique. Ces trois approches correspondent à trois

périodes distinctes de l'histoire de l'alcoolisme. Dans la quatrième section, nous avons abordé les représentations sociales du malade alcoolique en nous appuyant sur le même article. Ce sont les suivantes : le malade alcoolique, un égal en difficulté ; le malade alcoolique, un être déchu ; et le malade alcoolique, un être exceptionnel. De ce chapitre, nous pouvons retenir que les représentations au niveau de l'alcoolisme ont beaucoup évolué. En effet, dans le monde scientifique et même dans le monde profane, l'alcoolisme est aujourd'hui considéré par la plupart des gens comme une maladie. Toutefois, il faudra toujours travailler, surtout au niveau des représentations du malade alcoolique, car des projections négatives demeurent sur le malade alcoolique. Et ces projections peuvent affecter, à bien des égards, son accompagnement.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

La première partie avait pour but de présenter le cadre théorique de l'étude. Il s'agissait pour nous de répondre à la question de départ de l'étude : « *comment est-ce qu'on passe de l'alcoolisme à l'abstinence ?* ».

Pour y arriver, nous avons procédé à la lecture de plusieurs travaux antérieurs d'auteurs de référence. Ces travaux portent sur la question de départ et les concepts clés du sujet de l'étude. Nous rappelons comme nous l'avons indiqué dans l'annonce du plan, que les thématiques dégagées par rapport à lecture des travaux portant sur l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, feront l'objet d'une troisième partie. La première partie comporte quatre chapitres.

Dans le premier chapitre, nous avons abordé l'approche sociohistorique de l'alcool et de l'alcoolisme en partant respectivement de : la découverte du produit dans le monde, son expansion jusqu'à ses divers emplois. La lecture de nombreux ouvrages sur l'histoire de l'alcool en France, en l'occurrence celui de Matthieu Lecoutre, nous a permis de comprendre qu'elle possède particulièrement une forte culture de l'alcool. Face à cette culture, il n'y avait pas de possibilité d'éradiquer l'alcool. Il existe plutôt une culture du compromis dans la société. Dans le second chapitre, nous avons exposé principalement les approches sociologiques de la déviance et du risque. Nous avons principalement développé les approches sociologiques de la déviance de l'école américaine de Chicago. L'apport de l'école américaine Chicago, concernant la déviance en matière de consommation d'alcool, met en évidence des logiques rationnelles et

irrationnelles du recours anormal à l'alcool. Parmi les logiques irrationnelles, il y a l'introduction d'une variable intermédiaire dans l'usage de la consommation d'alcool, le pouvoir addictif de l'alcool. Quant au concept du risque, nous avons principalement développé les approches du risque de David Le Breton, Bastien Soulé et Jean Corneloup. David Le Breton soutient qu'il existe des risques individuels et collectifs, variables selon certains critères, que nous avons cités dans ce chapitre. Les risques sont pris par rapport aux avantages qu'ils procurent. Bastien Soulé et Jean Corneloup établissent une typologie des risques en fonction des objectifs du risque, du statut passif ou actif de l'individu, et de la dangerosité corporelle.

Dans le troisième chapitre, il était question de comprendre comment on devient alcoolique. Nous avons compris selon que la maladie alcoolique est une addiction. La maladie alcoolique est progressive. Selon Jean Adès, elle suit cinq stades du premier verre jusqu'à l'alcoolodépendance. Il y'a l'hypothèse sociale du déni par les représentations sociales de la maladie alcoolique, et celle biologique de Claude Olievenstein, qui seraient mises en lien avec la poursuite de la consommation jusqu'à l'alcoolodépendance.

Dans le quatrième chapitre, nous avons décrit les représentations sociales de l'alcool, de la maladie alcoolique et du malade alcoolique. Nous pouvons retenir de ce chapitre que les représentations de l'alcool, influencent celles de l'alcoolisme. Celles de l'alcoolisme influencent celles sur le malade alcoolique. Mais, on voit moins rapidement le lien alcool-alcoolisme, que le lien malade alcoolique- alcoolisme. Cette situation pourrait s'expliquer par les fonctions positives de l'alcool dans la société, dominant celles négatives dans les représentations.

En conclusion, il ressort des différents chapitres du cadre théorique de l'étude, plusieurs approches intéressantes que nous pouvons mobiliser pour répondre à notre question de départ. Concernant la question des représentations dans la prise en charge des personnes alcooliques, nous allons employer la théorie sur la représentation de Denise Jodelet, en termes de forme de connaissance socialement élaborées, qui guident nos actes. Nous mobilisons cette théorie parce que pour nous, elle permet de refléter l'impact que les représentations ont, dans la société en général. Nous nous appuyerons aussi sur les représentations particulières de l'alcool, du malade alcoolique et de la maladie alcoolique, pour comprendre les difficultés de reconnaissance du statut de malade alcoolique, par les malades alcooliques abstinents interviewés.

Concernant l'apparition de la maladie alcoolique, nous appuierons sur les approches sociologiques de la déviance et du risque. Nous partons sur la base du fait que les personnes alcooliques ont une consommation initiale du produit pour des raisons diverses : repas en famille, retrouvailles entre amis, etc. Ce sont les théories causales de la déviance. Les théories par rapport au risque pourront nous permettre de qualifier pour chaque cas, à quel type de risque, l'individu s'expose. En ce qui concerne le renforcement dans le comportement à risque, nous partirons sur la base des théories compréhensives de la déviance qui pourront par la suite nous permettre de les comprendre. En effet, si consommer l'alcool peut faire partie des habitudes d'un individu, ce n'est pas pour autant, que cet individu deviendra alcoolique. C'est pourquoi nous faisons cette double démarche, afin de comprendre les parcours de dépendance des malades alcooliques abstinentes.

Comme indiqué au départ, nous traiterons de manière effective les approches théoriques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques abstinentes dans la troisième partie.

**DEUXIÈME PARTIE : L'APPROCHE EMPIRIQUE : LES INTERVENANTS FACE
AUX MALADES ALCOOLIQUES, ANALYSE DE L'ENQUÊTE**

Introduction

« *Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, Et les mots pour le dire arrivent aisément* ».

(Nicolas Boileau)

Dans cette partie, nous allons présenter et analyser les informations recueillies lors de l'enquête, suivant la méthodologie décrite plus haut. L'objectif de cette partie est de répondre à notre problématique, et vérifier les hypothèses de notre étude, à l'aide de données empiriques.

Selon Paul N'Da, « *l'analyse des données comprend deux étapes : la classification de l'information et l'analyse proprement dite des données* »²⁷⁰. Dans notre cas, la classification des informations correspond à la présentation des données ou encore la préparation des données, concept de Luc Van Campenhoudt et Raymond Quivy. On a donc nos deux étapes de notre deuxième partie, réunies dans la définition de Paul N'Da. Comme nous l'avons déjà annoncé dans la section portant sur la méthodologie de l'étude, après la préparation des informations, nous avons choisi de procéder à une analyse thématique des informations recueillies, suivie d'une analyse du contenu des entretiens. Nous avons fait ce choix parce que nous pensons que chaque question de nos guides d'entretien constituerait une ressource qualitative riche et importante pour la suite de l'étude.

Dans cette partie, nous allons analyser les entretiens des malades alcooliques, en nous intéressant à la part des intervenants dans leurs parcours d'abstinence²⁷¹.

Cette partie comporte 3 chapitres :

- Chapitre I : L'identification des malades alcooliques abstinents interviewés
- Chapitre II : Leurs parcours de dépendance
- Chapitre III : Leurs parcours d'abstinence

²⁷⁰N'Da, Paul. *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel et son article* (French Edition). Éditions L'Harmattan, 2015, page 167.

Selon Raymond Quivy, l'analyse des informations est la sixième étape après l'observation et avant les conclusions. Selon lui, l'analyse des informations à deux objectifs : 1) la vérification empirique si les résultats observés correspondent aux résultats attendus de l'étude ; 2) mettre en évidence des faits inattendus, interpréter ceux-ci, « *revoir ou affiner les hypothèses afin que, dans les conclusions, le chercheur soit en mesure de suggérer des améliorations de son modèle d'analyse de proposer des pistes de réflexion et de recherche pour l'avenir* ».

Campenhoudt, Luc, Van, et autres. *Manuel de recherche en sciences sociales* - 5e éd. Dunod, 2017, p. 265- 266.

²⁷¹ La plupart de nos entretiens ont fait l'objet de révisions d'orthographe et de grammaire. Mais, les retranscriptions gardent le contenu exact des propos des personnes interviewées, sans être reformulé.

CHAPITRE I : PROFILS SOCIOLOGIQUES DES MALADES ALCOOLIQUES ABSTINENTS

Introduction

D'emblée, nous allons définir la notion de profils des malades alcooliques abstinents interviewés²⁷². Le premier terme, profil est un terme technique, qui est utilisé en sociologie, et aussi en psychologie, pour désigner l'« *ensemble des traits caractéristiques d'une chose, d'une situation, d'une catégorie de personnes.* ». Nous avons déjà défini le second terme dans la définition des concepts clés de l'étude.

Il s'agira pour nous d'identifier, dans ce chapitre, l'ensemble des traits caractéristiques, des malades alcooliques abstinents interviewés, à plusieurs niveaux : sociodémographique, relationnel et la consommation de l'alcool ; un peu, comme si nous réalisons leur portrait à ces niveaux.

La question spécifique autour de laquelle s'articulera ce chapitre, est la suivante : qui sont les malades alcooliques abstinents interviewés ?

Nous postulons que l'alcoolisme peut toucher tout le monde : hommes, femmes, enfants, jeunes et seniors. Il n'y a pas d'âge spécifique ou de genre spécifique, qui serait plus à risque de la maladie alcoolique. En revanche, il y a des facteurs qui favoriseraient la consommation des substances psychoactives, voir leur usage problématique. Ce sont notamment : l'adolescence, qui représente une période à risque de consommation de substances psychoactives ; les brisures dans l'enfance, qui sont des évènements, qui fragilisent l'enfant dans son développement psychologique et plus tard le prédisposent à des comportements déviants, notamment la consommation de substances psychoactives ; pour ne citer que ceux-là.

Dans le champ de la santé publique, les intérêts d'étudier les profils des enquêtés sont à la fois d'ordres préventif et théorique, puisque dans la théorie, il faut connaître la maladie alcoolique, pour pouvoir la soigner.

Les résultats que nous souhaiterons mettre en évidence dans ce chapitre, sont les suivants : la répartition selon le sexe des enquêtés, la répartition selon leur mode de cohabitation, durant

²⁷² Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 14.

leurs périodes en difficulté avec l'alcool, l'âge de début de la consommation de l'alcool, Pour ne citer que ceux-là.

Ce chapitre comporte quatre sections qui sont les suivantes :

Le profil sociodémographique des malades alcooliques abstinents interviewés,

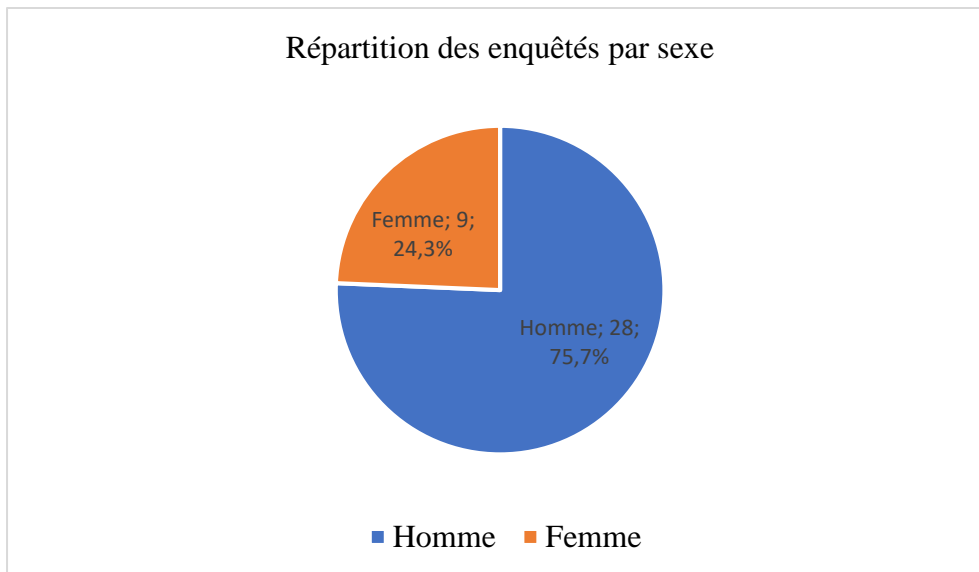
- Le profil relationnel des malades alcooliques abstinents interviewés,
- Les anciens profils de consommation de l'alcool des malades alcooliques abstinents interviewés,
- Et les nouveaux profils de consommation de l'alcool des malades alcooliques abstinents interviewés.

I- Le profil sociodémographique des malades alcooliques abstinents interviewés

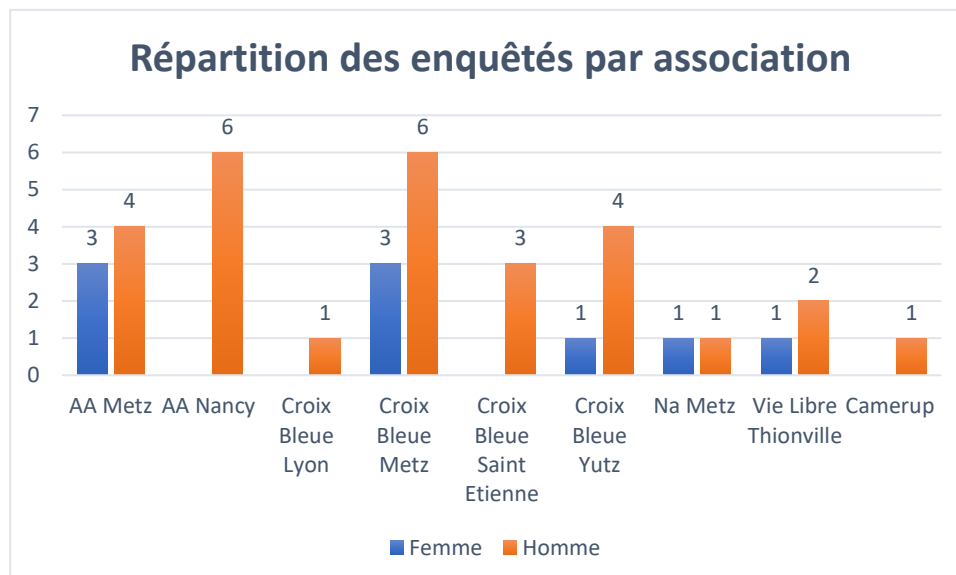
Dans cette section, il s'agira d'identifier les malades alcooliques abstinents à travers les variables précédemment citées. Cette section comporte les sous-sections suivantes :

- La répartition des enquêtés selon le sexe,
- La répartition des enquêtés selon la mobilité professionnelle,
- La répartition des enquêtés selon le réseau social,
- Et la répartition des enquêtés selon le niveau d'étude.

1- La répartition des enquêtés selon le sexe



Graphique 1-Répartition par sexe, diagramme camembert



Graphique 2-Répartition des enquêtés par genre et association

Le camembert nous montre que la majorité des personnes interviewées sont des hommes (75,7%). Malgré la théorie des représentations liées à l'alcoolisme féminin, il existe un pourcentage de 24,3 % de femmes interrogées. Toutefois, certaines statistiques comme la participation des AA de Nancy et de la Croix Bleue de Saint Etienne, pourraient confirmer

l'influence des représentations liées à l'alcoolisme féminin sur la participation des femmes alcooliques abstinentes, malgré la participation des femmes aux réunions auxquelles nous avons participé.

2- La répartition des enquêtés selon la mobilité professionnelle

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « *Pour les personnes occupant un emploi, la mobilité professionnelle recouvre plusieurs types de changement : d'entreprise, de métier, de poste ou encore de niveau de qualification. Ces mobilités dépendent de la situation professionnelle initiale (niveau de qualification, spécialité professionnelle exercée, taille d'entreprise...) et des attributs sociodémographiques des personnes (genre, âge, niveau de diplôme, situation familiale...).* »²⁷³. La répartition des enquêtés selon la mobilité professionnelle revient donc à mesurer les changements d'entreprise, de métier, de poste ou encore de niveau de qualification des enquêtés, dans notre cas, en lien avec la maladie alcoolique. Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Quelle est votre profession actuelle ? Si retraité, quelle était votre profession passée ; si non retraité, est-ce votre profession depuis toujours ? Pour les non retraités et retraités, comment êtes-vous arrivé à ce métier ? Est-ce lié à l'alcool ? oui ou non* ». Répartir les enquêtés selon le lien entre leur mobilité professionnelle et leur alcoolisme, reviendra à croiser les informations issues, à la fois, de leur répartition selon leur mobilité professionnelle, et du lien entre leurs mobilités professionnelles et leur alcoolisme.

²⁷³ INSEE. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Population active, dans Définitions des concepts, Recensement de la population*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.insee.fr/fr/information/2383278#:~:text=La%20population%20active%20regroupe%20les,ne%20recherchent%20pas%20d'emploi>.

INSEE. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Économie et Statistique n° 431-432 - 2010 Emploi, formation et qualification professionnelle*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377294?sommaire=1377306>

Tableau 13-répartition des malades alcooliques abstinents selon la mobilité professionnelle

Mobilité professionnelle	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Oui	3	9	12	32,4	12
Non	4	15	19	51.4	31
Non-réponse	2	4	6	16.2	37

Ce tableau nous montre que 51.4% des malades alcooliques abstinents ont été mobiles, c'est-à-dire qu'ils ont changé de métier durant leur parcours professionnel. Nous avons poussé un peu plus loin en demandant aux personnes mobiles durant leur trajectoire professionnelle, si le changement de métier avait un lien avec l'alcool.

Tableau 14-répartition des malades alcooliques abstinents selon le lien de la mobilité professionnelle avec l'alcool

Lien de la mobilité professionnelle avec l'alcool	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif: n=19))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Oui	1	6	7	36.8	7
Non	2	5	7	36.8	14
Oui et non	0	1	1	5.3	15
Non-réponse	1	3	4	21	19

Ce tableau nous montre que parmi les malades alcooliques abstinents, le changement de métier durant leur carrière professionnelle est dû, pour 36,8% à l'alcoolisme, pour 36.8% à des raisons autres que l'alcoolisme, pour 5,3%, à la fois à l'alcoolisme et des raisons autres que l'alcoolisme. Ces résultats nous montrent que l'alcoolisme a un impact sur la mobilité professionnelle, dans la mesure où ceux-ci sont obligés de changer de métier durant leur carrière professionnelle. C'est le cas de l'enquêté 2, qui nous rapporte dans les réponses au questionnaire, être devenu logisticien, après avoir été boulanger. Selon lui, ce changement de métier est en partie dû à l'alcoolisme.

3- La répartition des enquêtés selon le réseau social

Selon Mitchell et Kapeferer, « *le système relationnel d'un individu qui se situe à un niveau micro social*²⁷⁴. *Le conjoint, la famille, le groupe d'amis, voisins, relations professionnelles et autres jouant un rôle important dans la vie de la personne forment le réseau social.* ».

Nous postulons que le réseau social, peu importe, la constitution des membres de famille ou non, ou quel que soit le lien de parenté, joue un rôle non négligeable dans la vie d'un individu, face à des circonstances difficiles, la maladie, la mort, ou moins difficiles pour partager des joies²⁷⁵. D'un point de vue général, la taille ou la densité du réseau est importante, « *puisque'elle permet par sa diversité à l'individu de naviguer en fonction de ses besoins.*²⁷⁶ » ; il convient de souligner que la taille du réseau social est beaucoup plus faible chez les malades. Un autre indicateur pour mesurer le bien-être d'un individu est aussi la qualité des contacts, ou du réseau relationnel. Pour qu'un réseau social devienne un support social pour un individu, il faut dans un premier temps qu'il puisse fournir des ressources matérielles, informationnelles et émotionnelles ; dans un second temps, qu'il puisse contribuer à satisfaire les besoins de ces individus sur le plan social, psychologique, physique, pour ne citer que ceux-là. Hormis ces

²⁷⁴ Bidart, Claire. (Page consultée le 16 mai 2022). « *Réseaux personnels et processus de socialisation* », Idées économiques et sociales, 2012/3 (N° 169), p. 8-15. DOI : 10.3917/idee.169.0008., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2012-3-page-8.htm#s1n5>

²⁷⁵ Joly, Thierry. *Entre sanitaire et social : L'intégration du malade alcoolique inscrit dans un processus de soins*, Mémoire présenté pour l'obtention de la Maîtrise de Sciences et Techniques Intervention et Développement Social et le Diplôme Supérieur en Travail Social. Université de Nantes U.F.R. Lettre et Sciences humaines, 2004, p. 27.

²⁷⁶ Idem.

conditions, le réseau social reste tout simplement un réseau et non un support, sur lequel le malade pourra s'appuyer, pour maintenir un bon état de santé.

Selon les théories de la subjectivation²⁷⁷ et de l'individuation²⁷⁸, « *Un individu construit peu à peu le cours de sa vie par ses actions, ses choix, ses orientations, mais il ne le fait pas tout seul ni sans appuis.* ». Ce processus s'appelle la socialisation²⁷⁹. La socialisation est un processus qui permet à l'individu de construire son identité mais aussi son réseau social. Le processus de socialisation comprend deux phases : « *la socialisation primaire qui commence dès la naissance et se prolonge durant l'enfance, et la socialisation secondaire qui se déroule ensuite, tout au long du parcours social de l'individu.* » et la socialisation secondaire, celle qui déroule ensuite, tout au long du parcours social de l'individu.²⁸⁰

Le support social fourni par le réseau secondaire est en fait une fonction de suppléance du réseau primaire. Quand la détresse des familles les mène à rencontrer la Lice, nous constatons souvent que le réseau primaire est très limité et n'est plus capable de remplir ses fonctions²⁸¹.

²⁷⁷ INSEE. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Classification française des niveaux de formation* (1969), [En ligne]. Adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1076>

Grawitz, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, p. 231.

Gourlay, Virginie. (Page consultée le 25 janvier 2022). « *Rang de naissance dans la fratrie du toxicomane* », *Psychotropes*, 2004/1 (Vol. 10), p. 99-107. DOI : 10.3917/psyt.101.0099., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-1-page-99.htm>

Alaphilippe, Daniel, Sabine, Sullerot et Valérie, Lelasseux. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Intelligence, rang dans la fratrie et taille de la famille [article]*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1995_num_48_1_2112

INSEE. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Rang de naissance*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1223>

Zolesio, Emmanuelle. (Page consultée le 25 janvier 2022). « *Socialisations primaires / secondaires : quels enjeux ?* », *Idées économiques et sociales*, 2018/1 (N° 191), p. 15-21. DOI : 10.3917/idee.191.0015., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2018-1-page-15.htm>

²⁷⁸ Riutort, Philippe. (Page consultée le 16 mai 2022). « *La socialisation. Apprendre à vivre en société* », dans : *Premières leçons de sociologie*. Sous la direction de Riutort Philippe. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Major », 2013, p. 63-74., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/--9782130620396-page-63.htm>

²⁷⁹ Bidart, Claire. (Page consultée le 16 mai 2022). « *Réseaux personnels et processus de socialisation* », *Idées Économiques et sociales*, 2012/3 (N° 169), p. 8-15. DOI : 10.3917/idee.169.0008., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2012-3-page-8.htm#s1n5>

²⁸⁰ Idem

²⁸¹ Blondeau Hélène, Anne-Christine, Frankard et Pirard, Eliane, « *Le réseau, partenaire et ressource de la thérapie* », *Thérapie Familiale*, 2001/4 (Vol. 22), p. 371-382. DOI : 10.3917/TF.014.0371. URL : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-4-page-371.htm>

L'ensemble des personnes rencontrées et avec lesquelles l'individu entretient des relations dès sa naissance (à l'adolescence), font partie du réseau primaire de socialisation. A cela, s'ajoutent, L'ensemble des personnes rencontrées et avec lesquelles l'individu entretient des relations à l'âge adulte, qui font partie du réseau secondaire de socialisation.

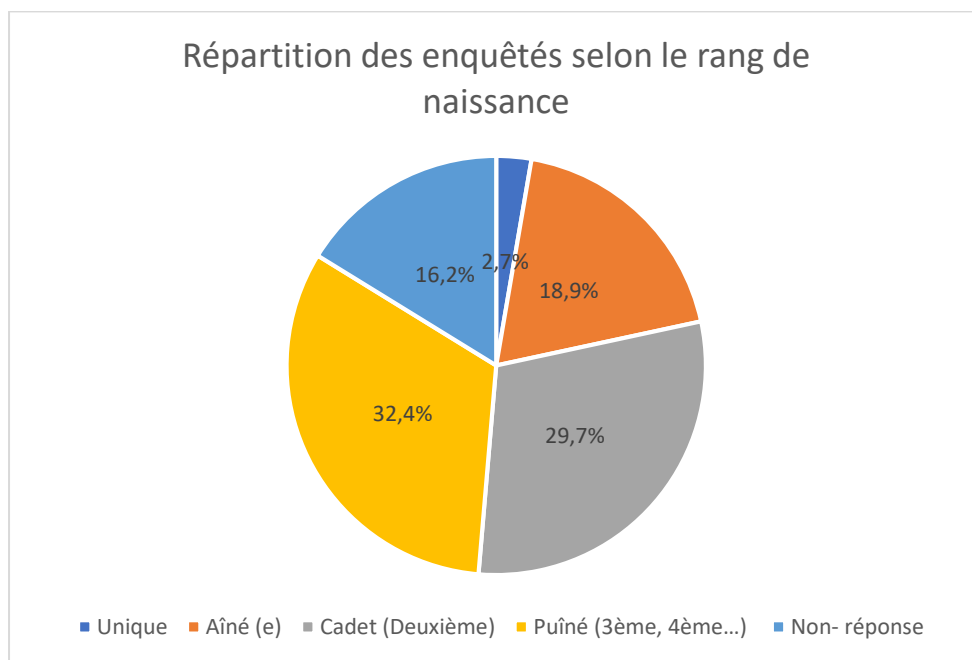
L'intérêt de cette section est d'évaluer la qualité du réseau des malades alcooliques abstinents. L'état matrimonial, le nombre d'enfants et la religion sont autant de variables, qui montrent la qualité de réseau d'un individu, dans la mesure où l'individu n'est pas seul. La fratrie et les parents font partie du niveau de socialisation primaire de l'individu ; par opposition aux conjoints, aux enfants, au niveau d'instruction de l'individu, qui eux font partie du niveau de socialisation secondaire de l'individu.

Tableau 15-répartition des enquêtés selon le nombre de frères et de sœurs

Nombre de frères et sœurs	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
0 frères et sœurs	1	0	1	2,7	1
1 frères et sœurs	1	10	11	29,7	12
2 frères et sœurs	1	5	6	16,2	18
3 frères et sœurs	0	6	6	16,2	24
4 frères et sœurs	1	3	4	10,8	28
5 frères et sœurs	2	0	2	5,4	30

6 frères et sœurs	0	1	1	2,7	31
7 frères et sœurs	2	1	3	8,1	34
12 frères et sœurs	0	1	1	2,7	35
Au moins Une sœur	1	1	2	5,4	37

Ce tableau nous montre que 36 personnes ont des frères et sœurs. Cela signifie que plus de la moitié des personnes interrogées, soit 97,3%, ne sont pas isolées socialement. 45,9% des personnes interrogées, soit 17 personnes appartiennent à une famille nombreuse, c'est-à-dire de 3 ou plus de frères²⁸².



Graphique 3-répartition des malades alcooliques abstinents interviewés selon leur position dans la famille

²⁸² INSEE. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Famille nombreuse*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1618>

Ce graphique nous montre 4 positions²⁸³. La position ainée représente celui qui est né en première position ; La position cadet regroupe ceux qui sont seconds de famille. La position puîné représente tous ceux qui sont nés après les seconds de famille, du troisième jusqu'au dernier enfant. De la lecture du tableau, il ressort que, 32,4% des personnes interrogées sont puînées dans leur famille. Nous avons estimé la position des individus se trouvant en dernière et avant- dernière position, dans leur famille.

Cette information est intéressante dans la mesure où, en théorie de la personnalité, des psychologues comme Adler et Sulloway (en 1996), et des psychiatres, comme Sylvie et Pierre Angel (en 2000), ont regroupé les traits de personnalité des individus, en fonction du rang de naissance²⁸⁴. La description des traits de personnalité des aînés, jusqu'aux derniers de famille recouvre deux aspects : physiologique et psychologique. De façon générale, les aînés seraient plus forts physiquement et même psychologiquement par rapport aux puînés, et cela va en se dégradant des plus grands aux plus petits.

Du point de vue physiologique, la robustesse physique serait la conséquence de l'âge des parents au moment de la naissance. Ils détiennent toute la substance, voir la vigueur ou la fraîcheur des parents. Cette situation ferait des aînés, des « *Enfants à préserver* », « *car ce sont eux qui offrent les meilleures chances de survivre et de perpétuer l'espèce* ».

D'un point de vue psychologique, les aînés possèdent plusieurs qualités, en l'occurrence La confiance en soi autorité l'héroïsme, le charisme, la générosité, une brillance sociale et professionnelles, pour ne citer que celles-là. Les puînés seraient de tendance coopérante, altruiste, empathique pour ne citer que ces tendances. Ces auteurs décrivent que les benjamins, dans la famille « *ne se plaignent pas d'avoir à assumer un rôle de puîné, mais plutôt de devoir prendre exemple sur son grand frère* ». Aussi, Sulloway, précise que les puînés sont de tendance égalitaire ou anticonformiste. « *Les enfants qui occupent la position intermédiaire dans la fratrie évoquent leurs difficultés à trouver leur place entre le petit et le grand* ». Les derniers

²⁸³ Gourlay, Virginie. (Page consultée le 25 janvier 2022). « *Rang de naissance dans la fratrie du toxicomane* », Psychotropes, 2004/1 (Vol. 10), p. 99-107. DOI : 10.3917/psyt.101.0099., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-1-page-99.htm>

²⁸⁴Idem

se sentent souvent inférieurs dans la famille. Ils aiment conserver leur rôle de petit dernier choyés

Une étude menée au centre médical Marmottan a montré deux points en termes de résultats :

- **Le lien entre le rang de naissance et le rôle joué dans la fratrie d'un toxicomane**

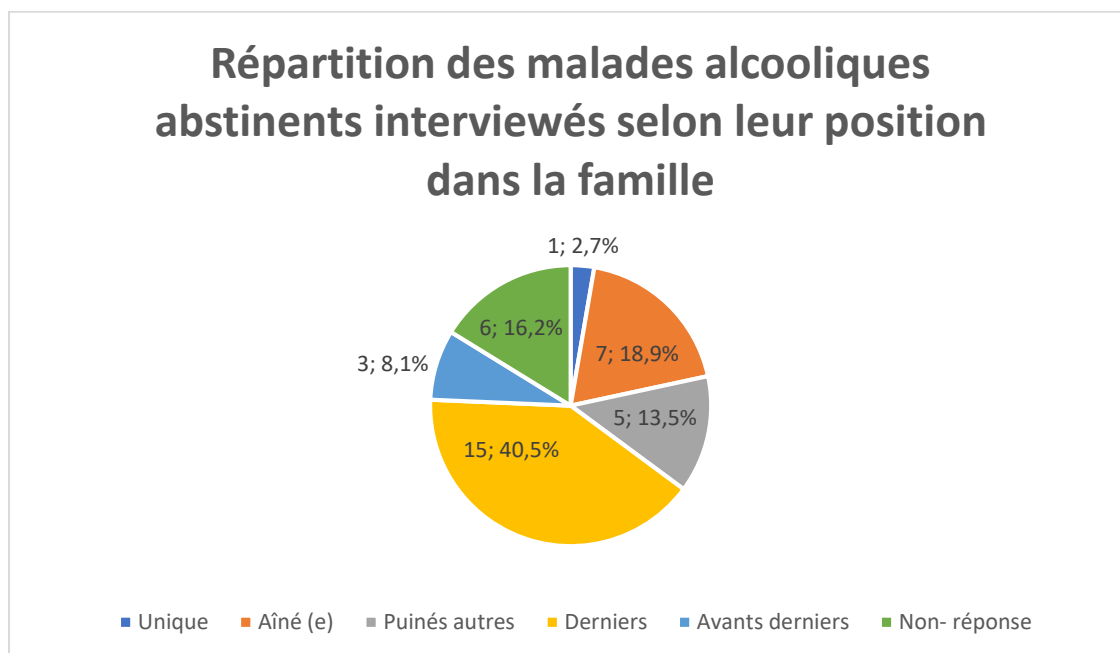
La position d'aîné serait un facteur protecteur d'un certain nombre de problèmes de santé, dont les addictions aux substances psychoactives, comme les psychiatres Sylvie et Pierre Angel, l'ont démontré lors d'une étude en 1987. Les cadets seraient plus fragiles au niveau de la santé physique, plus sujets à des troubles physiologiques et psychologiques, dont la consommation d'alcool. En effet, « *Les aînés bénéficieraient d'une place privilégiée²⁸⁵ qui leur permettrait de développer estime et confiance en soi, et les protégerait de divers troubles. Ils feraient notamment l'objet d'un fort investissement de la part du père car ils transmettent le nom et les valeurs familiales. Le père jouerait ainsi son rôle de séparateur, empêchant une relation trop fusionnelle avec la mère, frustrant et ouvrant les portes sur le monde extérieur. Cependant, les puînés prendraient, en quelque sorte, la place restante, et ne profiteraient pas du même investissement paternel.* ». Quant aux puînés, ils n'ont pas le même schéma : leur rôle familial se transposera au niveau du rôle socio-professionnel, « *les placerait au rang de bouc émissaire, se rebellant ou non* ». On a plusieurs éléments comme un père absent, une mère envahissante, un climat familial pathogène, avec un complexe d'Œdipe impossible à résoudre, qui pourraient entacher la petite enfance des puînés. Ils ne bénéficient donc pas de la même stabilité au niveau psychologique. Il est plus susceptible pour des aînés de développer un profil psychologique plus équilibré que les puînés. Les difficultés dans les familles peuvent avoir des répercussions psychologiques sur les puînés.

Il convient de noter, comme le confirment les résultats d'une étude d'équipe américaine composée de Brook, Whiteman, Scovell Gordon et Brook, en 1990, que dans les familles où les parents sont addicts à des substances psychoactives, et que l'aîné est abstinent, il servira le plus souvent de modèle à ses frères cadets.

- **Le lien entre les facteurs additifs au rang de naissance et le rôle joué dans la fratrie d'un toxicomane**

²⁸⁵ La place privilégiée de l'aîné serait le fait d'une notion, le droit d'ainesse, légal ou de fait.

Mais, il y a des limites à ces résultats. Il y a certains facteurs autres que le rang de naissance qui influenceraient la place et le rôle joué au sein de la fratrie. Effectivement, certains aînés se mettent parfois en échec, du fait de la lourde responsabilité de s'occuper de leurs frères cadets. Certains parents feraient les enfants dans des périodes rapprochées, ce qui aurait comme résultat que les cadets ne seraient pas moins forts physiquement que les aînés. Aujourd'hui, les rôles sexuels ont beaucoup changé. Avec la réussite socio-professionnelle des femmes dans des domaines autrefois réservés à des hommes, « *les pères s'investiraient autant dans leurs relations avec leurs aînées filles qu'avec leurs garçons aînés* ». Ainsi, l'aîné ne joue pas forcément le rôle d'aîné dans la fratrie d'un toxicomane, de surcroît si lui-même est un toxicomane, fait remarquer Boutillier, en 1998. Dans ce cas, ce sont les cadets qui soutiennent parfois l'aîné dans son accompagnement vers la guérison.



Graphique 4-répartition des malades alcooliques abstinents interviewés selon leur position dans la famille

Selon la base des malades alcooliques abstinents interrogés, en ce qui concerne la position du côté de la mère et la position du côté du père, personne n'appartient à une famille recomposée. La composition de la famille est donc stable, en termes de fratrie.

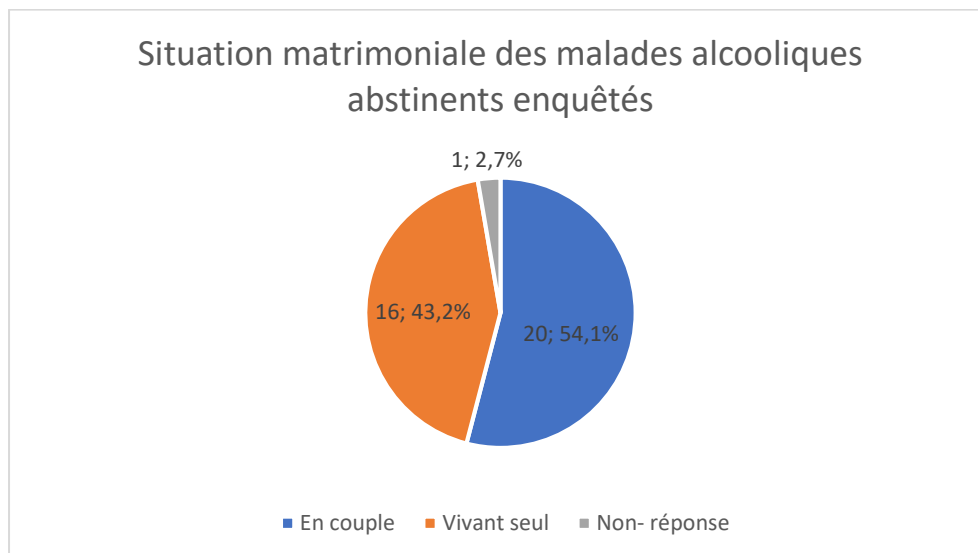
Parmi, les cadets et les puinés, 23 personnes sont en dernière et avant-dernière position, dans leur famille ; ce qui représente un pourcentage relatif de 62.2 % du nombre total des personnes interviewées. Ce résultat confirme l'hypothèse selon laquelle La position d'aîné serait un facteur protecteur d'un certain nombre de problèmes de santé, dont les addictions aux substances psychoactives, puisque nous n'avons que 18,9% de malades alcooliques abstinents qui sont aînés de leur famille et une seule, 2.7% unique.

Tableau 16-Situation matrimoniale des malades alcooliques abstinents interviewés

Situation matrimoniale	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Célibataire	1	4	5	13,5	5
Divorcé et Veuf	0	1	1	2,7	6
Divorcé mais en train de se remarier avec la même femme	0	1	1	2,7	7
Divorcé(e)	0	2	2	5,4	9
En concubinage	0	2	2	5,4	11
Marié (e)	5	12	17	45,9	28
Non-réponse	1	0	1	2,7	29
Pacsé(e)	0	1	1	2,7	30

Séparé(e)	1	3	4	10,8	34
Séparé(e)et En couple	0	1	1	2,7	35
Veuf(ve)	1	1	2	5,4	37

Ce tableau nous montre que plus de la moitié (54%) des malades alcooliques abstinents interviewés vivent en couple actuellement. Ces résultats nous montrent qu'ils ne vivent pas isolés dans la société. En matière de qualité du réseau, ces résultats constituent un point positif, dans la mesure où la littérature faisait part de la faible amplitude du réseau des personnes malades. Or nous savons, que la qualité du réseau constitue un facteur clé pour la réussite de l'accompagnement de personnes malades en général.



Graphique 5-Situation matrimoniale des malades alcooliques abstinents enquêtés

D'un point de vue théorique, nous savons encore au niveau psychologique l'enfant est une figure très attachée aux parents pour son développement, pour la transmission du savoir de la culture. L'enfant adresse très tôt la responsabilité de l'adulte qui est son parent et donc qui est censé lui

transmettre le savoir nécessaire pour sa socialisation dans la société. Parfois les personnes alcooliques délèguent leur responsabilité²⁸⁶.

Tableau 17-répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Pas d'enfant	1	6	7	18,9	7
1enfant	2	6	8	21,6	15
2 enfants	1	8	9	24,3	24
3 enfants	1	2	3	8,1	27
4 enfants	2	3	5	13,5	32
5 enfants	1	1	2	5,4	34
6 enfants	1	0	1	2,7	35
11 enfants	0	1	1	2,7	36
Non-réponse	0	1	1	2,7	37

Ce tableau nous montre que plus de la moitié des malades alcooliques abstinents interviewés, 29 personnes, soit 78.4%, ont des enfants. Le nombre d'enfants varie entre 1 et 11. Ces résultats nous montrent qu'ils ne vivent pas isolés dans la société. En matière de qualité du réseau, ces

²⁸⁶ Phélip, Jacqueline. (Page consultée le 28 mars 2023). « *L'enfant et ses besoins* », dans : Jacqueline Phélip éd., *Le livre noir de la garde alternée*. Paris, Dunod, « *Enfances* », 2013, p. 1-16. DOI : 10.3917/dunod.pheli.2013.01.0004., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/le-livre-noir-de-la-garde-alternee--9782100503650-page-1.htm>

Vallon, Serge. (Page consultée le 16 mai 2022). « *Qu'est-ce qu'un enfant ?* », *VST - Vie sociale et traitements*, 2001/3 (no 71), p. 5-5. DOI : 10.3917/vst.071.0005., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2001-3-page-5.htm>

résultats constituent un point positif, dans la mesure où la littérature faisait part de la faible amplitude du réseau des personnes malades. Or nous savons, que la qualité du réseau constitue un facteur clé pour la réussite de l'accompagnement de personnes malades en général.

Tableau 18-répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants

NOMBRE D'ENFANTS	SITUATION MATRIMONIALE			TOTAL
	En couple	Non-réponse	Vivant seul	
Pas d'enfant	1	0	6	7
1 ou plus d'un enfant	21	1	7	29
Non-réponse	0	0	1	1
TOTAL	22	1	14	37

Nous pouvons voir à partir de la lecture du tableau que ceux qui sont en couples représentent la majorité de ceux qui ont un ou plus d'enfant (21/29) , soit 72.4%.

Tableau 19-répartition des enquêtés selon la religion

Religion d'appartenance ou d'origine	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Agnostique	0	1	1	2,7	1

Agnostique et puissance supérieure de la table des AA	1	0	1	2,7	2
Aucune	1	3	4	10,8	6
Catholique	6	19	25	67,6	31
Chrétienne	1	1	2	5,4	33
Christite	0	1	1	2,7	34
Musulman non-pratiquant	0	1	1	2,7	35
Protestante	0	2	2	5,4	37

Ce tableau nous montre que plus de la moitié des malades alcooliques abstinents sont de la religion catholique.

4- La répartition des enquêtés selon le niveau d'étude

Selon Flahault François, professeur de philosophie, formateur à l'AFPA – l'Association pour la formation professionnelle des adultes, ²⁸⁷ et ayant effectué des recherches en anthropologie générale, l'éducation et la socialisation constituent une base nécessaire pour l'acquisition de connaissances, l'instruction. Autrement dit, une personne qui n'est pas éduquée ou qui ne dispose pas d'une assiette sociale « *suffisamment stable et encourageante* », ou encore qui n'a pas trouvé dans son milieu social, les bases de la socialisation et de l'éducation, risque d'être moins apte à l'acquisition des connaissances, plus que d'autres personnes, qui auraient reçu cette base. Selon cet auteur, l'école est certes le lieu de transmission du savoir, mais l'acquisition de connaissance nécessite un travail de base sur l'élève ou l'individu c'est à dire un

²⁸⁷ Flahault, François. (Page consultée le 16 mai 2022). « *Instruction, éducation et transmission entre générations* », Revue du MAUSS, 2006/2 (no 28), p. 295-304. DOI : 10.3917/rdm.028.0295., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2006-2-page-295.htm>

travail préalable de socialisation et d'éducation qui faciliterait l'intégration des connaissances à l'école serait en fait le prolongement de la socialisation primaire de l'individu

Cet auteur déclare : « *L'être humain, est le produit d'une double transmission, génétique et culturelle...* ». Autant l'éducation peut se faire dans la famille, autant elle peut se faire par immersion dans un environnement social et culturel, comme l'école. Pour cet auteur, « *les situations relationnelles vécues à l'école et en dehors de l'école constituent une base – favorable ou défavorable – pour l'acquisition des connaissances et doivent donc être prises en compte lorsqu'on s'interroge sur les rapports entre éducation et inégalités.* ».

Jean-Pierre Couteron s'interroge sur le rôle de l'éducation dans les réponses aux addictions
Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation ?

Selon Bernard Stiegler, « *l'éducation est une « transmission de compétence sociale qui élève à la responsabilité* » ; sachant que l'éducation part d'« *un état de dépendance pour atteindre l'autonomie* » de l'individu, « *des lieux de l'enfance et de la famille pour aller dans le monde social, global, ouvert et mouvant* » .

Cette éducation qui a évolué depuis la fin du Moyen Âge, comprend aujourd'hui, trois domaines qui sont en crise : celui des normes, celui des savoirs et connaissances, et celui des pratiques parentales et éducatives. Ils sont en crise face à « *l'hypersollicitation d'un consumérisme agressif. Il en résulte une apesanteur éducative* ». Dans le champ éducatif, « *tout ou presque peut devenir addiction* » aujourd'hui : les substances psychoactives anciennes (les substances psychoactives anciennes (les médicaments) ou nouvelles (les jeux d'argent, l'internet, les comportements alimentaires, la sexualité, l'informatique pour ne citer que ceux-là).

Que faire ? c'est ce que l'éducation à la santé a compris, accompagner, au lieu d'exclure, ou interdire. Ainsi, le niveau d'étude d'une personne ne suffirait plus pour expliquer le niveau d'acquisition de connaissance, ou d'instruction. Il faudrait bien plus, une approche éducative spécialisée. Ainsi, grandir parmi les addictions, sous entendrait comme le conclut cet article, une implication du troisième domaine éducatif, celui du savoir, des connaissances et de la culture : Poser des règles et interdits, mais aussi compenser par ceux-ci par un accompagnement éducatif et thérapeutique²⁸⁸.

²⁸⁸ Ministère des solidarités et de la santé. (Page consultée le 16 mai 2022). *Information sur les addictions et les drogues. La prévention des conduites addictives*, [En ligne]. Adresse URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/informations-sur-les-addictions-et-les-drogues>

« Dans le premier degré, les enseignements permettent d'aborder, selon l'âge des élèves, le fonctionnement du corps humain et la santé, les actions bénéfiques ou nocives des comportements et le respect des principales règles d'hygiène de vie. Les temps consacrés à l'éducation à la santé et à la prévention des conduites addictives sont identifiés et intégrés aux enseignements.

Dans le second degré, les addictions et la lutte contre les conduites addictives sont également abordées dans le cadre des enseignements disciplinaires. Par exemple, dans les programmes de sciences de la vie et de la Terre, de prévention santé environnement (PSE) en enseignement professionnel qui comporte un volet relatif aux conduites addictives et leurs conséquences, les mesures préventives de la lutte contre les addictions, les mesures répressives associées ainsi que les structures d'accueil existantes.

L'enseignement de biologie et physiopathologie humaines aborde, par exemple l'influence du tabagisme sur la santé.

L'éducation aux médias et à l'information (EMI) et l'enseignement moral et civique (EMC) participent également à cette prévention. »²⁸⁹

Connaître le niveau d'instruction des malades alcooliques abstinents est une information intéressante, dans la mesure où les résultats concernant cette information, pourraient nous permettre :

- Dans un premier temps de savoir si, ils ont fréquenté ;
- Dans un second temps, avec l'âge fourni pour leur première consommation, on peut savoir à peu près si ce sont des personnes qui auraient pu être informées des méfaits de l'usage abusif de l'alcool sur l'organisme.

L'intérêt de cette section est de vérifier si ce sont des personnes qui auraient pu être informées des méfaits de l'usage abusif de l'alcool sur l'organisme.

Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse, et des sports. (Page consultée le 16 mai 2022). *Prévention des conduites addictives*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.education.gouv.fr/prevention-des-conduites-addictives-11840>

²⁸⁹ Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 16 mai 2022). *Information sur les addictions et les drogues. La prévention des conduites addictives*, [En ligne]. Adresse URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/informations-sur-les-addictions-et-les-drogues>
Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse, et des sports. (Page consultée le 16 mai 2022). *Prévention des conduites addictives*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.education.gouv.fr/prevention-des-conduites-addictives-11840>

Tableau 20-répartition des enquêtés selon le diplôme le plus élevé

Diplôme le plus élevé	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
CEP	2	3	5	13,5	5
Cycle Secondaire	1	1	2	5,4	7
Bepc	0	2	2	5,4	9
CAP, BEP	2	4	6	16,2	15
Baccalauréat	3	3	6	16,2	21
Brevet de Maîtrise	0	1	1	2,7	22
Diplôme supérieur à Bac+2	1	12	13	35,1	35
Non-Réponse	0	2	2	5,4	37

Ce tableau nous montre que 94.6% ont un diplôme ; En d'autres termes, la majorité des malades alcooliques abstinents interviewés ont fréquenté l'école. Le plus petit diplôme obtenu par les malades alcooliques abstinents est le CEP (13,5%) et le plus grand est le diplôme supérieur à Bac+2 (35.1%).

II- Le profil relationnel des malades alcooliques abstinents interviewés pendant la période de difficulté avec l'alcool

Dans cette section, il s'agira pour nous de connaître l'environnement social, dans lequel les malades alcooliques abstinents interviewés ont évolué, dans leur période en difficulté avec l'alcool. L'intérêt de cette section est de voir la qualité de leur réseau durant cette période, ainsi que l'influence de ces relations, sur cette période.

Cette section comprend plusieurs sous sections qui sont les suivantes :

- La répartition des enquêtés selon la présence des parents durant leur période en difficulté avec l'alcool
- La répartition des enquêtés selon leur mode de cohabitation dans leur période en difficulté avec l'alcool
- La répartition des enquêtés selon les personnes de confiance des malades alcooliques abstinents durant leur période en difficulté avec l'alcool

1- La répartition des enquêtés selon la présence des parents durant leur période en difficulté avec l'alcool

Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Dans la période où vous étiez en difficulté avec ; l'alcool : Vos parents vivaient ils toujours : a) oui b) non Vivaient-ils ensemble : a) oui b) non Cela vous a-t-il affecté durant cette période : a) oui b) non Si oui, décrire en une ou plusieurs phrases (si la place ne suffit pas, le faire à l'oral, puis continuer le remplissage du questionnaire) : »*

D'un point de théorique, la famille est le premier maillon culturel de socialisation de l'individu dans la société. C'est elle qui transmet à l'individu les valeurs utiles pour la sociabilisation empirique de cet individu. L'individu peut apprendre à consommer l'alcool au sein de la famille ; tout comme une brisure des liens sociaux, observée au sein du foyer peut être source d'apparition d'une addiction à l'alcool chez l'enfant. Le fait qu'une mère est alcoolique, peut aussi entraîner l'alcoolisme d'un enfant²⁹⁰. Cette information est intéressante dans la mesure où

²⁹⁰ Hautefeuille, Michel. (Page consultée le 16 mai 2022). « *Éditorial. Parentalité et addictions* », *Psychotropes*, 2010/3-4 (Vol. 16), p. 5-8. DOI : 10.3917/psyt.163.0005., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2010-3-page-5.htm>

Wieviorka, Sylvie. (Page consultée le 16 mai 2022). « *Quand les parents sont toxicomanes* », *Enfances & Psy*, 2007/4 (n° 37), p. 90-100. DOI : 10.3917/ep.037.0090., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-4-page-90.htm>

nous cherchons à mettre en évidence tous les facteurs sociaux, qui auraient pu jouer à un moment donné dans un usage déviant de l'alcool, chez les malades alcooliques abstinents interviewés.

Tableau 21-répartition des enquêtés selon la présence des parents durant leur période en difficulté avec l'alcool

Vos parents vivaient-ils toujours?	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Oui	5	18	23	62.2	23
Non	2	2	4	10.8	27
L'un d'entre eux est Décédé	1	8	9	24.3	36
Non-réponse	1	0	1	2.7	37

Ce tableau nous montre que 62.2 % des personnes interviewées avaient encore leurs parents, qui vivaient durant leur période en difficulté avec l'alcool. Nous avons poussé un plus loin notre recherche, en questionnant les malades alcooliques abstinents sur le mode de cohabitation de leurs parents à l'époque où, ils présentaient des difficultés avec leur consommation d'alcool.

Tableau 22-répartition des enquêtés selon le mode de cohabitation des parents dans leur période en difficulté avec l'alcool

Vos parents vivaient-ils ensemble?	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
------------------------------------	--------	--------	--	------------------------	----------------------

Oui	5	21	26	70,3	26
Non	0	4	4	10,8	30
Non-réponse	4	3	7	18,9	37

Ce tableau nous montre que plus de la moitié des personnes interrogées (70.3%) avaient encore leurs parents qui vivaient ensemble, lorsqu'ils étaient en difficulté avec l'alcool.

Ces deux premiers résultats, concernant la relation entre le lien filial et l'alcoolisme des malades alcooliques abstinents interviewés, nous montrent que l'alcoolisme des individus commence souvent « *sous le nez* » de la famille. Les personnes alcooliques ayant leurs stratégies pour cacher leur consommation, l'alcoolisme n'est pas su. (Voir chapitre II de l'approche empirique).

Tableau 23-répartition des malades alcooliques abstinents interviewés selon les effets de la présence ou non des parents durant leurs périodes en difficulté avec l'alcool

Cela vous a-t'il affecté?	Oui, les parents vivaient toujours	L'un des parents est décédé	Non, les parents ne vivaient plus	Non-réponse	Total (Fréquence absolue (ou effectif: n=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Oui	7	2	1	0	10	27	10
Non	13	4	1	0	18	48.6	28
Non-réponse	3	3	2	1	9	24.3	37

Le tableau ci-dessus nous montre la répartition des malades alcooliques abstinents interviewés selon les effets de la présence des parents durant leurs périodes en difficulté avec l'alcool. Il ressort de la lecture du tableaux ci-dessus, que ce sont au total 10 malades alcooliques abstinents

interviewés sur 37, soit 27 % qui ont été affectés, par le fait que leurs parents soient vivants, ou non, ou que l'un des parents soit décédé, durant leur période en difficulté avec l'alcool ; contre 18 personnes, soit 48.6 % des malades alcooliques abstinents interviewés, que cet état de fait n'a pas affecté d'une manière particulière. Parmi ces 10 personnes, 7 d'entre elles avaient leurs parents qui vivaient toujours.

Nous avons essayé de pousser plus loin notre recherche, en demandant à toutes les personnes qui ont été affectées, par la présence ou non de leurs parents, ou la disparition d'un de leurs parents, en quoi cet état de fait affecté.

Certains malades alcooliques abstinents interviewés (4/10) voient un lien entre leur alcoolisme et le fait qu'ils aient grandi dans des familles, où ils avaient un ou plusieurs de leurs parents alcooliques, ou des personnes qui s'alcoolisaient. Certes, ils n'étaient pas encore malades alcooliques, mais ils avaient déjà en quelque sorte des facteurs sociaux les prédisposant à la consommation de l'alcool.

La famille est le groupe primaire de socialisation de l'individu, qui transmet des valeurs et des habitudes à l'individu. La famille est un lieu d'apprentissage pour les enfants. Ainsi, elle est un lieu d'initiation à la consommation alcoolique.

Par exemple, l'enquêté 10 déclare : *« mon père décédé de l'alcool en 92, il y'a 26 ans...J'aurais dû avoir un déclic. Mais, je ne l'ai pas eu parce que je pensais que je pourrais arrêter quand je voulais. Mais, j'étais un buveur excessif, mais pas encore alcoolique. »*.

L'absence d'un parent est un contexte particulier dans la vie d'un individu (pour 2/10). Elle peut être aussi un facteur social favorisant la consommation d'alcool, comme nous le rapportent les enquêtés 2 et 13, dans les extraits ci-dessous.

Enquêté 2 : *« Le manque du père, l'abandon. Quinze ans (j'en avais le plus besoin, période de l'adolescence). On a besoin d'un guide. L'alcool a servi à combler le manque. Je me réfugiais dans la boisson. »* ;

Enquêté 13 : *« Au décès de ma mère, j'ai perdu mes repères, j'ai eu comme un sentiment d'abandon ; plus de parents, plus personne vers qui me tourner en cas de problèmes... »*.

Aussi, certains malades alcooliques abstinents (2/10) ont souffert durant leurs périodes en difficulté avec l'alcool, de la qualité de l'environnement. Cette situation a entraîné des carences affectives dans la vie de ces individus. Les extraits des enquêtés ci-dessous, en témoignent :

Enquêté 34 : « *J'ai une mère alcoolique, donc oui. J'ai souffert de, j'ai souffert ; j'ai eu une enfance qui a été euh, j'ai, j'ai vécu avec une mère alcoolique... non, je pense que ça n'a pas été en plus quoi... je pense que, il y a des, j'ai des carences, j'ai eu des carences étant enfant. »*

Enquêté 37 : « *Non, mes parents, euh, ma sœur a été méchante avec moi (il rit) ...Ah, ben, ça m'a affecté par exemple ; alors, je vais vous donner un exemple ; (il racle sa gorge) la sœur aînée de mon père, un beau jour, elle avait, elle avait 99 ans ; elle a dit, quand j'aurai 100 ans je vais faire un grand, une grande réunion de famille. Elle habitait Dijon hein ; je vais faire une grande réunion de famille, pour fêter mes 100 ans. En fin de compte, tout le monde a été invité, sauf moi ça ; ça m'a, alors que je suis le seul ; je suis d'origine italienne hein, euh je suis le seul à porter le nom ; il y'a, derrière, enfin, derrière moi, il n'y aura plus personne, voilà. ».*

Ce n'est pas toujours que les enquêtés voient un lien direct entre leur alcoolisme et leurs relations avec leurs parents (3/10). La maladie alcoolique est multifactorielle, c'est-à-dire qu'elle peut être le produit de facteurs internes ou de facteurs externes à l'individu, tout comme le témoignent les théories en rapport avec la sociologie du risque et de la déviance. La maladie alcoolique n'est pas forcément le fait d'un manque d'organisation du groupe primaire. C'est le cas de l'enquêté 15, lorsqu'il dit : « *Mes parents pensaient être responsables de mon alcoolisation* ». Il dira plus loin dans son interview qu'il a continué à boire, parce qu'il avait un travail prenant. Il est devenu malade alcoolique, pour pouvoir faire face aux charges de son travail. Ce type de risque est qualifié d'anomique, parce qu'il est dû à un mal être de l'individu, qui tente de le résoudre en buvant. Même quand il existerait une faille au niveau de l'organisation du groupe primaire, pour certains enquêtés, il faudrait trouver la raison ailleurs. Ils se remettent personnellement en cause. Certains enquêtés reconnaîtront eux-mêmes que leurs parents ne sont pas à l'origine de leur alcoolisation. En l'occurrence, l'enquêté 34 déclare : « *ben, je pense que c'est pas parce que ma mère, elle a bu que j'ai bu...je pense que, il y a des, j'ai des carences, j'ai eu des carences étant enfant...ça peut, ça peut s'expliquer, voilà ; oui (faiblement), oui (faiblement) moi, ce que je pense, c'est qu'elle est morte de l'alcool et je me suis dit comment elle peut préférer l'alcool à ses enfants ? Et du coup, je me suis dit ben c'est quoi son truc ? et j'ai essayé l'alcool. ».*

Certains enquêtés comme les enquêtés 18 et 37 (4/10) parlent en termes, du repérage ou non de l'alcoolisme chez les proches.

L'enquêté 18 déclare : *« Ils auraient prêté attention, ou s'ils étaient informés, ça les aurait touché, ils en parlant des parents, de la famille. »*.

L'enquêté 37 : *« ... les parents ne s'en sont pas trop rendu compte hein ... les parents ne s'en sont pas rendus compte ... »*.

Ces deux extraits mettent en évidence le fait, qu'un individu peut consommer l'alcool, même en devenir malade, sans que la famille ne soit au courant de cet alcoolisme. Ce défaut de repérage de l'alcoolisme est aussi valable pour la personne en difficulté avec l'alcool, elle-même. C'est ce que nous rapporte l'enquêté 10, dans son extrait cité plus haut. Avec les représentations de l'alcoolisme qu'il avait, il était encore dans le déni²⁹¹ alors qu'il avait perdu son père à cause de l'alcool, et que lui-même reconnaissait être un buveur excessif.

Certains enquêtés évoquent le fait que même avec le repérage de la maladie alcoolique par leurs parents, ils n'ont pas pu bénéficier du soutien de leurs parents. En effet, ces derniers se sentiraient dépassés par la situation. C'est ce qu'affirme l'enquêté 31 : *« C'est-à-dire qu'ils savaient, mais ils se sentaient démunis. Ils ne savaient pas comment faire. »*. Cette situation pourrait être due à la méconnaissance de la maladie alcoolique, et d'attitudes favorables à l'accompagnement du malade alcoolique.

2- La répartition des enquêtés selon leur mode de cohabitation dans leur période en difficulté avec l'alcool

Selon l'INSEE, *« La répartition de la population selon le mode de cohabitation ne concerne que les individus qui appartiennent à un ménage (population des ménages). Elle s'appuie essentiellement sur leur situation vis-à-vis des éventuelles familles (au sens du recensement de la population) que comprend le ménage dont ils font partie. Dans un ménage, une personne est : • soit seule (si aucune autre personne ne réside habituellement dans le même logement qu'elle), • soit membre d'une famille (avec le titre d'« enfant », d'« adulte d'un couple », ou d'« adulte d'une famille monoparentale »), • soit « isolée » (si elle vit dans un ménage de plusieurs*

²⁹¹ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 91-92.

personnes mais n'appartient pas à une famille). Les notions de personne seule et de personne isolée ne doivent donc pas être confondues. Un ménage peut comprendre aucune, une ou plusieurs personnes isolées. ».

*Le mode de cohabitation désigne donc la manière dont la personne vit, isolément seule ou avec des personnes*²⁹²

Dans cette section, il s'agira pour nous de savoir, dans la période en difficulté avec l'alcool, avec qui les malades alcooliques abstinents ont vécu et comment cela les a influencés, afin de voir l'histoire de leur alcoolisme.

Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Vivez-vous : a) Seul ; b) Autre à préciser ; Cela vous a-t-il affecté? a)oui b)non ; Si oui, décrire en une ou plusieurs phrases (si la place ne suffit pas, le faire à l'oral, puis continuer le remplissage du questionnaire) ».*

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction de la section principale, « *l'entourage joue un grand rôle à la fois dans le soutien et l'influence de la maladie* ». De plus, des travaux ont confirmé la place des relations sociales de proximité, parmi les déterminants sociaux des comportements à risque pour la santé²⁹³. Ces travaux ont montré que plus le niveau d'intégration sociale est faible, plus l'adoption de comportement à risques est accrue. Par ailleurs, Nicholas Christakis (sociologue et médecin) and James Fowler (psychologue et théologien)²⁹⁴ ont aussi mis en évidence, que le risque d'arrêter ou de continuer d'adopter un comportement à risque par l'individu est lié à son observation des autres individus dans son entourage. Par exemple, si l'individu a un ami, un frère, une sœur ou un conjoint obèse, son

²⁹² Larousse. (Page consultée le 17 mai 2022). *Cohabiter*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cohabiter/17012>

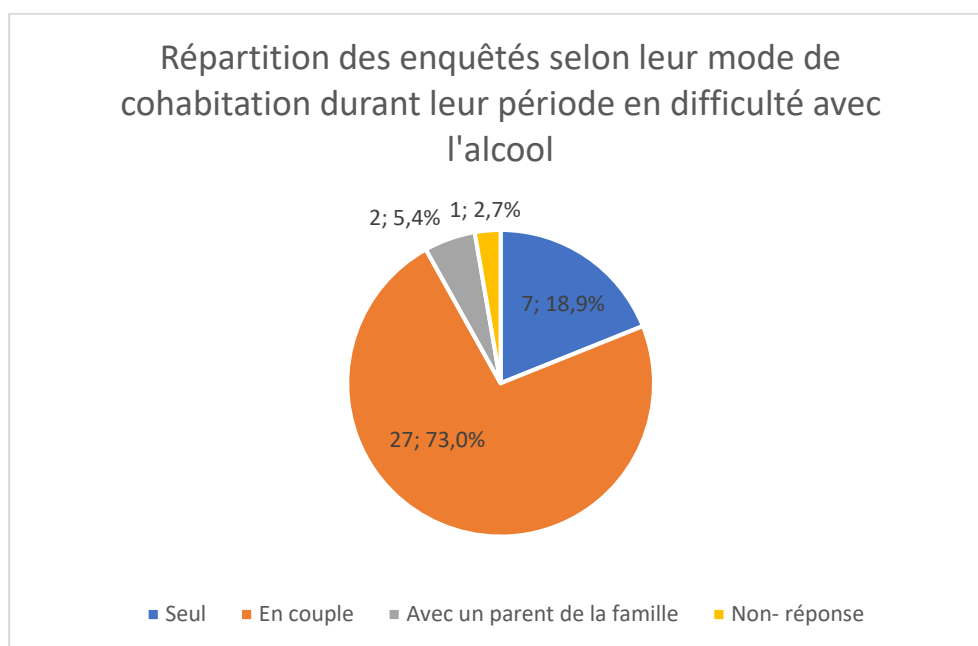
²⁹³ Zins, Marie. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Déterminants sociaux des consommations d'alcool dans la cohorte gazel. Santé publique et épidémiologie*, Université Paris Sud - Paris XI, 2011. Français, ffNNT : 2011PA11T038ff. Fftel-00636960, [En ligne]. Adresse URL : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00636960/document>

²⁹⁴ Giroux, Élodie. (Page consultée le 25 janvier 2022). « *Origines de l'étude prospective de cohorte : Épidémiologie cardio-vasculaire américaine et étude de Framingham* », *Revue d'histoire des sciences*, 2011/2 (Tome 64), p. 297-318. DOI : 10.3917/rhs.642.0297., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-des-sciences-2011-2-page-297.htm>

risque de devenir obèse est nettement augmenté. Si l'individu a des proches qui décident d'arrêter de fumer, cela augmente la probabilité chez l'individu d'arrêter de fumer.

Emmanuel Jovelin et Annabelle Oreskovic ont quant à eux, parlé de facteurs socioculturels. Boire est un geste social, répandu de de nombreux groupes culturels²⁹⁵. Martine de Borde et Pierre Fouquet, quant à eux parlent de l'alcoolisme d'imitation. À l'origine, l'alcoolisation est le fait de suivre les autres ou l'habitude de boire en groupe. À la fin, la personne peut devenir alcoolique pour cette raison, ou pour d'autres raisons.

L'intérêt de cette section est d'ordre qualitatif. Il s'agit d'évaluer la qualité de vie des individus, la qualité de leurs relations et le lien entre cette qualité et la survenue de la maladie alcoolique²⁹⁶. En effet, la qualité de vie ne se mesure pas qu'aux conditions de vie matérielles. Nous avons aussi les conditions de vie immatérielles, dont l'entourage joue un grand rôle à la fois dans le soutien et l'influence de la maladie.



Graphique 6-répartition des malades alcooliques abstinents selon le mode de cohabitation

²⁹⁵ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 26-27.

²⁹⁶ INSEE. (Page consultée le 17 mars 2022). *Famille*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465>

Vallon, Serge. (Page consultée le 17 mars 2022). « Qu'est-ce qu'une famille ? Fonctions et représentations familiales », *VST - Vie sociale et traitements*, 2006/1 (no 89), p. 154-161. DOI : 10.3917/vst.089.0154., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2006-1-page-154.htm>

Le graphique ci-dessus nous montre que durant la période où les malades alcooliques abstinents interviewés étaient en difficulté avec l'alcool, plus de la moitié soit 73% du total des personnes interviewés vivaient en couple.

Cela vous a t'il affecté ?	Femmes	Hommes	Total (Fréquence Absolue (ou effectif : N=37))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Oui	3	7	10	27	10
Non	2	15	17	45,9	27
Non-Réponse	4	6	10	27	37

Graphique 7-répartition des malades alcooliques abstinents selon les effets du mode de cohabitation des malades alcooliques abstinents sur leur période en difficulté avec l'alcool

Ce tableau nous montre que 27 % des personnes enquêtées ont été affectées par leur mode de cohabitation. Nous avons poussé un peu plus loin notre recherche, pour savoir en quoi est ce que le mode cohabitation aurait pu affecter les malades alcooliques durant leur période en difficulté avec l'alcool.



Requête de fréquence de mots 1-En quoi est-ce que le mode de cohabitation vous a-t-il affecté pendant votre période en difficulté avec l'alcool ?

De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous avons obtenu un nuage de mots. Nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors des réponses des malades alcooliques abstinents à cette question :

- Au centre du nuage : j'ai, consommation, solitude,
- Entre le centre du nuage et ses bords : j'aurais, femme, cafés, mariée, mari, j'étais,
- Et aux bords du nuage : bistrot, affrontement, enfants, atténuant, avant, début, festif, diminuait, excès, devenue, contrôler, galère, excuses, cachait et d'autres termes qui ne seront pas cités ici.

Le terme solitude au centre du nuage nous montre que nous allons souvent parler de solitude dans cette section. Les termes entre le centre du nuage et ses bords nous montrent par la présence du pronom je, une part importante d'action menée par les enquêtés eux-mêmes. Les termes au bord du nuage sont en rapport avec l'influence de leur mode de cohabitation sur leur consommation d'alcool. Nous avons des verbes qui expriment la diminution, l'augmentation de la consommation d'alcool ou une volonté de cacher la consommation d'alcool.

Pour les malades alcooliques abstinents qui ont été affectés par leur mode de cohabitation, durant leur période en difficulté avec l'alcool, c'est aussi parler de la solitude qui les a affectés. En sociologie, la solitude ne signifie pas forcément isolement. Des individus peuvent être entourés, et pourtant se sentir seul. Il existe une solitude physique, qui est différente de la solitude psychologique²⁹⁷. Théoriquement parlant, selon Rastelli Sandrine, psychologue, la solitude du malade alcoolique est double. L'isolement social correspond à un manque de contacts et de relations. D'une part, au niveau social, l'alcoolisme peut conduire à une exclusion, dans le cas où l'individu se retrouve étiqueté en fonction des normes du bien-boire ou de représentations négatives sur l'alcoolique ; s'ensuit la réaction sociale de la marginalisation par des comportements stigmatisants. D'autre part, au niveau psychique, ils se

²⁹⁷ Van de Velde, Cécile. (Page consultée le 12 mars 2023). « *Présentation : sociologie de la solitude : concepts, défis, perspectives.* » *Sociologie et sociétés*, volume 50, numéro 1, printemps 2018, p. 5–20., [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.7202/1063688ar>

retrouve seul face à lui-même, ne pouvant pas arrêter de lui-même de recourir à l'alcool, étant donné qu'elle représenterait pour lui, en ces instants, le seul moyen pour pouvoir affronter « *les situations du moment* »²⁹⁸. Après, suit la dépendance psychique, qui vient jouer de rôle d'isolement de l'individu. Certains malades alcooliques abstinents interviewés (4/9) parlent en termes de solitude. La solitude revêt plusieurs aspects. Par exemple, l'audio 48 consomme l'alcool pour multiplier les rencontres féminines. Sa solitude est donc résolue par la consommation d'alcool.

Enquêté 5 : « *La solitude était liée à mon alcoolisation: l'alcool me permettait de multiplier les contacts féminins en atténuant la timidité, et aussi d'avoir une vie sociale (cafés). Avec de l'alcool, la solitude était moins douloureuse, au début...* ».

L'enquêté 9 quant à elle s'isole pour pouvoir consommer l'alcool, étant donné qu'elle mariée.

Enquêté 9 : mariée « *J'étais toujours au contact avec des gens. Quand je revenais chez moi, j'étais entre les murs. Mais, je programmais mon alcoolisme.* ».

Pour les enquêtés 1 et 18, la solitude était liée aux mauvaises rencontres.

Enquêté 1 : seul « *Du coup, j'ai, ai. J'avais pas, j'avais plein de copains mais j'avais pas de véritables amis. J'arrivais pas à parler des choses de fonds quoi. Et l'alcool me permettait de passer en même temps outre ça en parlant quoi...Tout, on a tout sous les yeux (tout là c'est quoi ? 40 MIN 27), on fait toujours, on s'aperçoit que plus on fait de rencontres, c'est pour ça que ça devient dangereux quoi. Plus on fait de rencontres, plus on s'aperçoit qu'on, on veut aller là et on, on, on regarde là (qu'est-ce que ça veut dire ? 40 MIN 38s). Et quand on rencontre, on rencontre quelqu'un soit dans un bar ou ailleurs, pas des vraies rencontres en soi mais on s'aperçoit que les gens faisaient pareil. On veut aller là, mais on regarde là, on essaye par les médias, par la radio. On essaye de tous les côtés quoi. Du coup, il y'a un moment où je me suis dit bah, ok. Je suis allé au fond. Je vais m'isoler. Après, c'est euh, c'est un moment où j'ai quitté le foyer où j'étais à A.* ».

²⁹⁸ Rastelli, Sandrine. (Page consultée le 25 janvier 2022). « *Chapitre 3. La solitude de l'alcoolique. La solitude de l'abstiné. Prise en compte des usages sociaux et des précarités psychiques dans l'offre de soins aux buveurs* », dans: Philippe de Timary éd., *Sortir l'alcoolique de son isolement*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « *Carrefour des psychothérapies* », 2014, p. 53-79. DOI : 10.3917/dbu.timry.2014.01.0053., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/sortir-l-alcoolique-de-son-isolement--9782804163853-page-53.htm>

Enquêté 18 : mariée « *J'étais mariée, mal mariée, donc souvent seule. Je pense que la solitude n'arrange rien. Ça ne pousse qu'à des excès. C'était pas une excuse. Mais, ça a fini par devenir un mode de vie, plein de sous-entendus. Je ne sais pas comment j'aurais réagi si j'aurais été mariée autrement. Dans cette galère, enceinte, marie-toi ; il y'a rien, on va jusqu'au bout. Petit à petit excessif, devenu une habitude.* ».

La solitude de l'enquêté 1 se manifeste sous forme de perte de repères.

Enquêté 1 : « *livré à moi-même* » (réponse sur le questionnaire)

(Réponse entretien) « *mais après. C'est vrai, mais, c'est, c'est, s'il y'a un problème derrière, un côté sombre, je pense que ça le remplit. Et après, il y'a plus l'aspect euh, si si, il y'a l'aspect social dans l'alcool mais euh traditionnel, on boit 1 verre, 2 verres à table, mais on s'arrête là. Il y'a un côté excessif après, qui est maintenant donc, qui est chez tous les jeunes. Maintenant c'est comme ça hein où c'est excessif. Donc on en rajoute, on en rajoute, on en rajoute. On fume à côté en même temps. Y'en a qui se droguent avec des drogues dures à côté. Cette puissance est un peu quand même délirante quoi qui fait qu'il faut toujours continuer, continuer (au passage, il pratique les arts martiaux je ne sais plus lequel pour retrouver sa personnalité) et là ça devient euh problématique parce que ça détruit les pensées... ça détruit un peu ton enfance que tu as à l'intérieur de toi, ton adolescence et après, il y'a des... comment récupérer ce petit enfant qui est en mille morceaux qui est parti dans toutes les directions, complètement éclaté ? Comment le faire revivre à l'intérieur de soi, le ramener à soi, pour soi, et le faire grandir sans les parents, sans la sœur (combien de frères et sœurs, à qui il se confiait le plus souvent pour ses difficultés avec l'alcool ? 51 MIN 25), sans la famille, sans l'école et à l'époque voilà. Un moment, on régalise un peu. On repart du niveau 0 et à partir de là, on, voilà on a du courage et pis il faut être combatif quoi.* ».

Pour certains, la présence de leurs conjoints (1/9) leur permet de se retrouver. Les interactions sociales familiales affectent positivement ou négativement la consommation de certains malades alcooliques abstinents (2/9).

Enquêté 23 : « *J'ai été affecté dans le sens où j'ai pris conscience de faire souffrir les miens-femme et enfants.* »

Enquêté 24 : « *Évènement : affrontement d'une situation nouvelle après la naissance de notre 1er enfant : je devais le prendre en charge seul tout le weekend. Conséquence : consommation*

pour passer le temps, pour tromper l'ennui devant la télé ; consommation devenue problématique qui est venue s'ajouter ; avant consommation gustative (plus avec les étudiants, ensemble, festif) ; j'arrivais à contrôler la consommation (une cuite ou 2) ; je regardais les autres prendre des cuites . J'ai jamais trouvé de personne à qui parler. Je les passais mal."

Pour certains enquêtés (2/9), la présence du conjoint non-alcoolique diminue la consommation d'alcool du conjoint alcoolique. En réalité, le conjoint alcoolique adopte des stratégies pour masquer sa consommation ou la diminuer devant son partenaire. Le conjoint alcoolique pourrait le faire, pour garder une bonne image, éviter les stéréotypes ou les stigmatisations faite envers les alcooliques excessifs. L'extrait 26 pourrait illustrer cette assertion. Par exemple, l'enquêté 26 déclare : *"La présence diminuait la consommation, ne cachait pas, dans les cafés, dans les bistros."*

Le fait d'avoir vécu avec un conjoint alcoolique a affecté certains malades alcooliques abstinents, dans la mesure où ceux-ci réalisent une différence entre l'alcoolisme féminin et l'alcoolisme masculin. C'est le cas de l'enquêté 18 lorsqu'elle dit : *« On buvait, mais pas ensemble, ni le même produit. À cette époque, on était tous 2 alcooliques. On était trop différents, tous les 2. Réponse de son mari : « C'est une femme qui est une alcoolique » ; Lui, c'est normal qu'il boive une bière... »* Le fait que son conjoint soit alcoolique, comme elle, provoque un déni de sa part, lorsqu'elle dit : *« Si on m'avait dit à l'époque, tu es alcoolique, j'aurais été choquée ! »*. Après la perte de son mari, son état de santé est remis en cause. Elle se voit obligée de faire un examen de santé pour vérifier si elle n'a rien.

Enquêté 18 : *« Après la mort de son mari, j'ai fait un bilan hépatique suite aux propos du ; L'interne me dit tout va bien. »*.

3- La répartition des enquêtés selon les personnes de confiance des malades alcooliques abstinents durant leur période en difficulté avec l'alcool

Dans l'article Autour de la personne de confiance, l'auteur Sophie Moulias souligne que : *« La loi du 4 mars 2002 prévoit que toute personne majeure hospitalisée en France peut nommer une personne de confiance qui l'accompagnera lors de son hospitalisation... La loi précise que la personne de confiance peut être « un parent, un proche, le médecin traitant ou toute autre personne ... La confiance suppose la préexistence d'un lien relationnel entre le malade et la*

personne qu'il désigne. ». ²⁹⁹. L'alcoolique peut être accompagné par une personne de confiance, durant son parcours de soins. Cette personne peut faire partie du réseau primaire ou secondaire.

Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes :

« *Quelle (s) est (sont) la (les) personnes en qui vous vous confiez le plus pour vos problèmes par rapport à l'alcool ? Votre parcours d'abstinence s'est fait : a) Au sein d'une institution b) Plus d'une institution* ».

L'intérêt est d'évaluer la qualité du réseau du malade, dans la phase de soins.

L'intérêt de cette information est capital dans la mesure où les malades alcooliques ne sont pas seuls. Ils peuvent compter sur des personnes en cas de besoin d'accompagnement.

Tableau 24-répartition des enquêtés selon les personnes de confiance

Nombre	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
0 personne	3	4	7	18,9%	7
1 personne	3	11	14	37,8%	21
2 personnes	1	7	8	21,6%	29
3 personnes	0	2	2	5,4%	31
4 personnes	0	1	1	2,7%	32
Non- Réponse	2	3	5	13,5%	37

Ce tableau nous montre (18.9) % des malades alcooliques abstinents durant la période où ils étaient en difficulté avec l'alcool, ne se confiaient à aucune personne. Ce tableau nous montre que plus de la moitié des malades alcooliques abstinents interviewés (67,6%) avaient au moins

²⁹⁹ Moulias, Sophie. (Page consultée le 25 janvier 2022). « *Autour de la personne de confiance. Éthique médicale et gériatrie* », *Gérontologie et société*, 2013/1 (vol. 36 / n° 144), p. 133-145. DOI : 10.3917/gs.144.0133., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-1-page-133.htm>

une personne en qui elles se confiaient. Il y'a même une personne qui se confie en 4 personnes. Le plus petit nombre est 1 dont 14 personnes. Ces résultats nous montrent que la majorité des malades alcooliques abstinents, durant leur période en difficulté avec l'alcool, n'étaient pas isolées. Elles avaient au moins une personne sur qui compter en cas de besoin d'accompagnement. Ce résultat montre l'existence d'un réseau d'aide, un élément positif. Nous avons essayé de pousser un peu plus loin afin que les malades alcooliques abstinents puissent décrire les personnes en qui, ils se confiaient le plus souvent.

Tableau 25-répartition détaillée des enquêtés selon les personnes de confiance

Nombre	Total	Fréquence relative (%)
La compagne	1	2,7
L'association d'entraide	13	35,1
Les amis	6	16,2
Le (la)conjoint(e)	4	10,8
Le généraliste	1	2,7
Le médecin traitant	5	13,5
L'un (ou plusieurs) des Parents de la famille	5	13,5
Non-réponse	6	16,2
Personne	6	16,2
Le groupe d'hôpital	1	2,7
Le personnel médical	1	2,7
Le psychiatre	1	2,7
N'importe qui	1	2,7
Le psychologue	1	2,7

Le tableau nous montre que les malades alcooliques se confient le plus souvent : à l'association d'entraide (35,1%). Les amis (16,2%), le médecin traitant (13,5%), la famille (13,5%), le (la)

conjointe. Les autres (compagne, généraliste, le groupe d'hôpital, le personnel médical, le psychiatre, n'importe qui et le psychologue), viennent en faible pourcentage.

III- Les anciens profils de consommation de l'alcool des malades alcooliques abstinents interviewés

D'un point de vue théorique, nous savons que les malades alcooliques ne sont pas nés alcooliques, sauf pour les enfants souffrant du SAF. Ils ont eu un début de consommation, une fréquence de consommation et une durée de dépendance. Ce sont ces informations que nous voulons connaître précisément dans cette section. Cette section comprend deux sous sections qui sont les suivantes :

- L'âge du début de la consommation d'alcool,
- Et la durée de la perte de maîtrise de la consommation.

1- La répartition des enquêtés selon l'âge du début de la consommation d'alcool

L'âge du début de consommation de l'alcool représente l'âge où les malades alcooliques abstinents interviewé ont commencé à réellement boire, c'est-à-dire à régulièrement s'alcooliser. Pour certains, l'âge du début de la consommation d'alcool et l'âge du premier verre se rejoignent. Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « À quel âge avez-vous pris votre premier verre d'alcool ? À quel âge avez-vous commencé à boire l'alcool ? ».

Tableau 26-répartition des enquêtés selon l'âge du début de la consommation d'alcool

Age	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
14-15 ans	0	1	1	2,7	1
15-19 ans	2	7	9	24,3	10
20-24 ans	0	4	4	10,8	14

25-29 ans	1	0	1	2,7	15
35-39 ans	1	0	1	2,7	16
40-44 ans	0	1	1	2,7	17
45-49 ans	0	1	1	2,7	18
50-54 ans	0	1	1	2,7	19
Moins de 15 ans	1	7	8	21,6	27
Non-réponse	4	6	10	27	37

Ce tableau nous montre que 24,3% des malades alcooliques abstinents ont commencé à boire entre 15 et 19 ans, 21,6% lorsqu'ils avaient moins de 15 ans, et 10,8% entre 20 et 24 ans.

Ces groupes d'âges appartiennent à la période de l'adolescence³⁰⁰. Ces résultats confirment l'hypothèse de l'adoption de comportements à risques à cette période d'âge, dont font partie la consommation d'alcool. Nous en avons parlé dans le cadre théorique de notre étude, plus précisément dans la section portant sur la sociologie du risque.

2- La répartition des enquêtés selon la durée de la dépendance à l'alcool

La durée de la dépendance à l'alcool désigne le nombre d'années durant lequel, le malade alcoolique abstinents a perdu le contrôle de sa consommation ; en d'autres termes, boire sans pour s'arrêter de consommer l'alcool. Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes :

« Selon vous, durant combien d'années estimez-vous avoir perdu la maîtrise de la consommation d'alcool ? ».

La maladie alcoolique varie selon les individus. Ainsi, les individus peuvent ne pas consommer au même âge, ni ne pas avoir la même durée de dépendance. Certains ont une dépendance à l'alcool cachée, d'autres plus visible.

³⁰⁰OMS. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Santé des femmes*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

Tableau 27-Répartition des malades alcooliques selon la durée de la dépendance

Durée de la dépendance	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Inférieure ou égale à 10 ans	4	16	20	54	20
Comprise entre 11 et 20 ans	0	7	7	18,9	27
Comprise entre 21 et 30 ans	0	1	1	2,7	28
Comprise entre 31 et 40 ans	0	2	2	5,4	30
Comprise entre 41 et 50 ans	1	0	1	2,7	31
Non- Réponse	4	2	6	16,2	37

Ce tableau nous montre que 54% des malades alcooliques abstinents interviewés ont eu une durée de dépendance à l'alcool inférieure ou égale à 10 ans. Ce nombre varie entre 2 et 44 ans. L'alcoolisme est une maladie de longue durée, mais qui n'est pas irréversible.

IV- Les nouveaux profils de consommation de l'alcool des malades alcooliques abstinents interviewés

Le nouveau profil de consommation désigne donc la nouvelle manière qu'a l'individu de consommer l'alcool, contrairement à l'ancienne³⁰¹. D'un point de vue théorique, nous rappelons que les malades développent des outils personnels et aussi en groupe, pour pouvoir combattre la maladie, pour continuer à vaincre la maladie. En effet, à tout moment, il peut y avoir des rechutes. Les rechutes sont normales. Elles font partie de la maladie et du processus de guérison de la maladie. Toutefois, il serait mieux de les éviter afin d'éviter les conséquences outrageuses, qu'elles pourraient entraîner, voir la reprise même de la maladie.

L'intérêt de cette section est d'ordre pragmatique. En effet, le témoignage des enquêtés pourrait servir de partage d'expérience à leurs pairs, aux nouveaux consommateurs afin de leur éviter de tomber dans la maladie.

Cette section comprend deux sous sections qui sont les suivantes :

- La répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'abstinence,
- Et la répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'appartenance à l'association.

1- La répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'abstinence

D'un point de vue théorique, l'abstinence constitue un nouveau mode de vie avec l'alcool tout comme la consommation avec l'alcool. C'est un nouveau mode de vie, un choix de style de vie qui dure des années.

Tableau 28-répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'abstinence

Durée années d'abstinence	Fréquence absolue (Oueffectif: n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Comprise entre 11 et 20 ans	17	45,9	17
Comprise entre 21 et 30 ans	8	21,6	25
Comprise entre 31 et 40 ans	5	13,5	30

³⁰¹ Larousse. (Page consultée le 17 mai 2022). *Nouveau*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nouveau/55118>

Inférieure ou égale à 10 ans	4	10,8	34
Non-réponse	3	8,1	37

Ce tableau nous montre que 45,9 % des malades alcooliques abstinents interviewés ont une durée d'abstinence comprise entre 11 et 20 années, suivie de 21,6% entre 21 ans et 30 ans. Le plus petit nombre d'abstinence est de 5 ans, le plus grand de 40 ans. La moyenne actuelle du nombre d'années d'abstinence est environ de 14,6 années.

2- La répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'association

Le nombre d'années d'association désigne le nombre d'années durant lesquelles la personne a fréquenté son association jusqu'à sa participation à cette étude. L'association représente un véritable outil d'aide aux malades alcooliques parce que justement la maladie a brisé les liens sociaux. Ce mouvement vient un peu pour reconstruire les liens sociaux. Aussi ce sont des personnes qui ont l'expérience de la maladie. Même les membres de ces associations, n'ont pas vécu typiquement les mêmes difficultés, les malades alcooliques aujourd'hui abstinents sont à même de partager leurs expériences, leurs outils.

Selon François Moureau³⁰², « Ces associations témoignent de la capacité à sortir de l'alcoolisme. Forts de leur expérience, elles rappellent à la puissance publique qu'entre le « Consommer avec modération », l'abus et la dépendance, la frontière est ténue. Les malades sont les premiers acteurs dans la prise en charge de leur maladie. Ils en ont une connaissance unique, car ils la vivent au quotidien. Le soignant, lui, a pour mission de guérir ou de soulager. Pour ce faire, il doit s'appuyer sur un traitement, fruit d'un travail de recherche scientifique de la maladie. Le dialogue entre anciens malades, soignants et chercheurs fait donc progresser la connaissance de la maladie et le mode de prise en charge ».

³⁰² Moureau, François. (Page consultée le 17 mai 2022). «71. Les associations d'entraide », dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016, p. 530-532., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-530.htm>

Tableau 29-Répartition des enquêtés selon le nombre d'années d'association

Durée d'association	Fréquence absolue (Ou effectif: n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Comprise entre 11 et 20 ans	19	51.3	19
Comprise entre 21 et 30 ans	5	13.5	24
Inférieure ou égale à 10 ans	7	18.9	31
Non-réponse	6	16.2	37

Ce tableau nous montre que 51.3% des malades alcooliques abstinents ont une durée d'appartenance à leur association comprise entre 11 et 20 ans. Le plus petit nombre d'association est de 5 ans, le plus grand de 40 ans. La moyenne actuelle du nombre d'association est environ de 19,7 années.

Conclusion

Le premier chapitre avait pour but d'identifier les malades alcooliques abstinents interviewés, plus précisément les profils des malades alcooliques qui ont été interviewés.

Dans le chapitre 1 de l'approche empirique, nous avons présenté quatre catégories à savoir : les caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées, leurs modes de vie, leurs anciens profils de consommation de l'alcool et leurs nouveaux profils.

Concernant l'approche empirique, nous avons procédé à la collecte des informations suivant la même méthodologie ; c'est-à-dire, que dans un premier temps, nous nous sommes entretenues avec les personnes concernées (malades alcooliques abstinents, professionnels et responsables) ; et dans un second temps, nous leur avons donné un questionnaire à remplir.

Nous les assistions lorsqu'elles avaient des difficultés pour remplir ce questionnaire. Nous précisons, que les variables contenues dans les guides d'entretiens et les questionnaires varient selon le besoin d'information à collecter. Pour un besoin d'information de type qualitatif, nous formulons des questions contenant des variables qualitatives. Pour un besoin d'information de

type quantitatif, nous formulons des questions contenant des variables quantitatives. Pour les informations qualitatives, nous procédions à une analyse de type qualitatif, avec la retranscription des entretiens et l'analyse du contenu des textes. Pour les informations quantitatives, nous procédions à une analyse de type quantitatif, avec la description des informations des informations sous formes de tableaux ou de graphiques, et leur analyse statistique descriptive et explicative³⁰³.

La question principale à laquelle il fallait répondre dans ce chapitre est articulée de la façon suivante : qui sont les malades alcooliques abstinents interviewés ?

Nous allons maintenant reprendre les principaux résultats du chapitre 1 de l'approche empirique.

De façon générale, l'alcoolisme touche les femmes comme les hommes. L'alcoolisme affecte aussi les individus au niveau du travail, dans la mesure où ceux-ci sont parfois obligés de changer de métier à cause leur consommation à risque d'alcool. À travers l'analyse de leurs profils de consommation d'alcool, nous constatons, que les malades alcooliques abstinents ont à la fois des années d'expérience du vécu de la maladie, et de l'abstinence. Cette situation fait qu'aujourd'hui, même s'ils ne sont pas qualifiés professionnellement pour pouvoir accompagner des pairs, ils ont un niveau de connaissance indispensable au corps médical, pour pouvoir améliorer la prise en charge des malades alcooliques. En effet, ils connaissent la maladie alcoolique. De plus, ils se forment en association, échangent sur des outils pour vaincre l'alcoolisme.

De façon spécifique, pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées, nous avons pu interroger 37 malades alcooliques abstinents. Parmi, ces personnes, il y a 9 femmes et 28 hommes. Elles fréquentent des mouvements d'anciens buveurs en Auvergne- Rhône- Alpes et en Lorraine. L'échantillon s'est constitué par boule de neige, avec l'apport considérable d'information des responsables de ces mouvements qui m'ont permis de pouvoir réaliser cette étude. Toutes ces personnes ont au moins quatre années d'abstinence³¹⁸. Dans certaines associations où nous nous sommes rendues, les représentations liées à l'alcoolisme féminin sont encore très présentes. Elles influencent la participation des femmes

³⁰³ Campenhoudt, Luc, Van, et autres. *Manuel de recherche en sciences sociales* - 5e éd. Dunod, 2017, p. 266-284.

alcooliques abstinentes. Il serait peut-être intéressant d'analyser pour une prochaine étude, les raisons de non-participation des femmes alcooliques abstinentes. Nous rappelons, que nous avons interviewé des malades alcooliques abstinents, provenant de mouvements d'anciens buveurs. Nous avons constaté une proportion élevée de personnes âgées, soit 73% des personnes Interviewées. Certains malades alcooliques abstinents le diront eux-mêmes, ils ne savent pourquoi les jeunes ne participent pas aux réunions : peut-être est-ce à cause de certaines représentations que les jeunes ont à propos des mouvements d'anciens buveurs. 67.6 % des personnes interviewées sont retraitées. Cette situation pourrait aussi expliquer le non-intérêt pour les jeunes. Hormis l'alcool, existe-t-il autre chose qui puisse les rassembler ? La jeunesse est une période qui évoque toutes sortes de possibilités, on ne se fige pas seulement sur les problèmes. La notion de jeunesse évoque le risque, le fait de se tester, mesurer ses possibilités, jusqu'où est ce qu'on peut aller ? pas pourquoi doit-on s'arrêter ? Ce ne seraient peut-être pas les mêmes réalités. Il y'a un grand nombre de personnes qui ont un âge compris dans ces groupes d'âges. Par le passé, les malades alcooliques abstinents ont travaillé. Ils ont appartenu à plusieurs groupes socioprofessionnels passés, notamment dans l'ordre : « *le groupe socioprofessionnel 5, celui des employés (32.4%), le groupe socioprofessionnel 3, celui des cadres et professions intellectuelles supérieures (29.7%), et le groupe socioprofessionnel 6, celui des ouvriers (13.5%)* ». (13.5%) ». Sur 37 personnes, 19 personnes ont changé de métier, c'est-à-dire leur métier actuel n'est pas ce qu'elles ont toujours exercé (pour 51.4%). Parmi ces 19 personnes, 7 (soit 36.8%) ont répondu que leur mobilité professionnelle était en lien avec l'alcool. L'alcoolisme a donc un impact sur le vécu social des individus. Plus de la moitié des malades alcooliques abstinents aujourd'hui vivent en couple (54%), ont des enfants (78.4%), sont catholiques (67.6%), c'est à dire qu'ils sont entourés, ils ne vivent pas isolés dans la société, et diplômés (94.6%).

Pour ce qui est du cadre de vie des malades alcooliques abstinents interviewés, 97,3%, du total des personnes interviewées ont des frères et sœurs, soit. 45,9% des personnes interrogées, appartiennent à une famille nombreuse³¹⁹. 32,4% des personnes interrogées sont puînées c'est-à-dire sont en troisième position ou plus dans leur famille. Parmi, les cadets et les puînés, 62.2 % du nombre total des personnes interviewées sont en dernière et avant-dernière position, dans leur famille. Selon les résultats de l'étude, aucune des personnes interviewées n'appartient à

une famille recomposée. Nous avons 18,9% de malades alcooliques abstinents interviewés, qui sont aînés de leur famille. Une seule personne est, 2.7% unique.

62.2 % des malades alcooliques abstinents interviewés avaient encore leurs parents, qui vivaient durant leur période en difficulté avec l'alcool. Pour 70.3% du total des personnes enquêtées, leurs parents vivaient ensemble, lorsqu'ils étaient en difficulté avec l'alcool. Les résultats montrent que le pourcentage de personnes affectées par la présence ou l'absence de leurs parents durant leur période en difficulté avec l'alcool est plus faible (27%) que ceux qui ne le sont pas (48.6 % des malades alcooliques abstinents interviewés). Parmi les malades alcooliques abstinents affectés par cet état de fait, pour 70% d'entre eux, leurs parents vivaient toujours. Parmi les raisons évoquées par ceux-ci, nous avons obtenu plusieurs réponses. Nous avons le fait d'avoir un ou plusieurs parents déjà alcooliques dans la famille, qui prédisposent à la consommation d'alcool. « *L'absence de parent peut être un facteur social favorisant la consommation d'alcool* ». Pour certains des malades alcooliques abstinents interviewés, une mauvaise qualité des relations a suscité des carences affectives. L'alcoolisme n'est pas toujours la faute aux parents ; parfois l'alcoolisme a un lien direct avec l'individu lui-même, sa capacité à faire des choix de styles de vie, ou à choisir des solutions d'adaptation à certaines circonstances. Parler de l'effet de la présence des parents sur les enfants, c'est non seulement évoquer la notion du repérage ou non de conduite à risque chez les proches, dont font partie l'alcoolisme, mais aussi parler de comment faire face à la consommation nocive d'alcool du malade alcoolique, donc du volet de l'accompagnement de ce dernier.

Revient le plus souvent est le terme solitude, suivi de l'usage du pronom personnel à la première personne je, puis de verbes exprimant l'influence de leur mode de cohabitation sur leur niveau de consommation d'alcool.

La solitude recouvre plusieurs aspects. Certains emploient la notion de solitude, comme un manque, qu'ils ont comblé grâce à l'alcool. Pour d'autres personnes, leur état de solitude est le fruit de mauvaises rencontres, qui plutôt qu'ils seraient bien accompagnés, a fait qu'ils n'étaient pas vraiment entourés des bonnes personnes. L'enquêté 1 parlera de « *pseudo* » rencontres. La solitude, c'est le fait d'être en présence de personnes qui ne sont pas les bonnes, ou d'être en présence de personnes qui ne comprennent pas votre souffrance. Pour certains, la solitude entraîne une perte de repères, du fait de ne pas pouvoir compter sur une personne en cas de

questions. Certains parlent en termes d'influence de la présence du conjoint sur le niveau de consommation de l'alcool. Les interactions avec l'entourage affectent positivement ou négativement la consommation d'alcool. La présence du conjoint peut entraîner une diminution du niveau de consommation d'alcool de l'individu ou conduire l'individu à la mise en place d'un projet de soin. Comme la présence du conjoint peut aussi provoquer le fait que l'individu se cache pour boire ou trouve des stratégies pour masquer sa consommation. La présence du conjoint peut aussi entraîner une augmentation du niveau de consommation d'alcool, de la personne en difficulté avec l'alcool, pour faire face à de possibles responsabilités familiales. La présence du conjoint fait prendre conscience de la différence entre l'alcoolisme féminin et masculin, et de son état de santé personnel ;

Durant la période où ils étaient en difficulté avec l'alcool, (18,9) % des personnes enquêtés ne se confiaient en aucune personne. (67,6%) d'entre elles se confiaient en au moins une personne. Durant leur période en difficulté avec l'alcool, les malades alcooliques abstinents se confient le plus souvent aux associations d'entraide d'abord (35,1%), ensuite en deuxième lieu les amis (16,2%), enfin au médecin traitant (13,5%), et la famille (13,5%). Les malades alcooliques peuvent réaliser leurs parcours d'abstinence en institution ou hors institution. 64,9%), ont fait leurs parcours d'abstinence au sein d'une institution. Comme institutions, nous avons les associations d'entraide (70,3%). Un centre de cure (16,2%), l'hôpital (13,5%), un centre de post- cure (5,4 %), et la cure ambulatoire (2,7%).

Pour ce qui est de leur ancien profil de consommation d'alcool, 21,6% des malades alcooliques abstinents ont commencé à boire très tôt l'alcool, 24,3% lorsqu'ils avaient entre 15 et 19 ans, (à l'adolescence) et 10,8% entre 20 et 24 ans (à l'âge adulte). Pour 54% des personnes interviewées, la durée de dépendance à l'alcool est inférieure ou égale à 10 ans ; Pour ce qui est de leurs nouveaux profils de consommations, pour 45,9 %, le nombre d'années d'abstinence est compris entre 11 et 20 années, suivie de 21,6% entre 21 ans et 30 ans. Pour 51,3% des malades alcooliques abstinents interviewées, la durée d'appartenance à leur association est comprise entre 11 et 20 ans.

CHAPITRE II : LES PARCOURS DE DÉPENDANCE DES MALADES ALCOOLIQUES ABSTINENTS

Introduction

Littéralement, le parcours de dépendance d'un malade alcoolique signifie le chemin parcouru, les différentes étapes traversées par l'individu pour devenir malade alcoolique. Il existe aussi une autre notion pour qualifier le chemin parcouru par une personne : c'est le terme de carrière d'alcoolodépendant. Nous allons essayer de définir cette notion. La carrière est une notion ordinairement utilisée pour parler des professions. La carrière est une notion qui possède plusieurs définitions. Nous en retiendrons certaines. Premièrement, la carrière se définit, dans son sens littéraire, comme étant une « *Voie où l'on s'engage* »³⁰⁴. Deuxièmement, la carrière renvoie au parcours professionnel ; sachant que le parcours professionnel peut concerner les différentes phases d'accès à une seule profession et de transformations au cours de sa réalisation ; comme les différents postes et emplois occupés par un individu, et leurs différentes phases de transformations au cours de leurs réalisations. Troisièmement, pour Hughes Everett C., sociologue des professions, la carrière « *a pour objet la dialectique entre ce qui est régulier et récurrent d'un côté, et ce qui est unique de l'autre.* ».

Howard Becker adapte la notion de carrière en sociologie, et l'emploie dans le cadre de la déviance. Dans son étude sur la déviance (*Outsiders*, 1963), Howard Becker nous dit que pour qu'une déviance primaire puisse se transformer en carrière déviante, il faut trois phases indispensables :

- L'existence d'une déviance primaire,
- Le passage de la déviance primaire de l'individu à une déviance secondaire :
- Et « *l'adhésion à un groupe déviant organisé qui permet de justifier son engagement dans la carrière déviante* ».

Le lien entre la carrière d'alcoolique et le parcours de dépendance est que

³⁰⁴ Le Robert, dico en ligne. (Page consultée le 31 mars 2023). *Carrière*, [En ligne]. Adresse URL : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/carriere>

Le parcours de dépendance d'un malade alcoolique est une notion qui se veut plus générale, permettant de qualifier le chemin parcouru par une personne pour devenir alcoolique, sans forcément adhérer à un groupe déviant organisé.

La question spécifique autour de laquelle s'articulera ce chapitre est la suivante : quel est le parcours de dépendance des malades alcooliques abstinents ?

Pour répondre à cette question, nous nous appuyerons sur plusieurs approches de l'alcoolisme : morale, traditionnelle, psychologique, bio psycho-sociale, et neurobiologique.

Notre thèse part du postulat spécifique selon lequel, concernant l'entrée de la maladie, selon les approches de la sociologie de la déviance de la construction de la marginalisation d'un individu, les personnes alcooliques ont une consommation initiale du produit pour des raisons diverses. Ce sont les théories causales et compréhensives de la déviance. Les théories par rapport au risque pourront nous permettre de qualifier pour chaque cas, à quel type de risque l'individu s'exposait. Si consommer l'alcool peut faire partie des habitudes d'un individu, ce n'est pas pour autant, que cet individu deviendra alcoolique. C'est pourquoi nous faisons la double démarche de comprendre l'entrée dans la maladie, mais aussi les processus de fabrication de la dépendance des malades alcooliques abstinents. La sociologie compréhensive nous permettra de saisir le sens que les acteurs eux-mêmes, donnent à leur parcours de dépendance.

L'intérêt de ce chapitre est social et individuel, dans la mesure où il nous permettra, de façon générale, de pouvoir identifier la période où une personne entame une consommation à risque de l'alcool et, à un point individuel, cette dernière. Ainsi, dans un premier temps, nous parlerons de leur premier contact avec l'alcool, dans un deuxième temps, nous mettrons en évidence les raisons de leur second verre. Troisièmement, nous évoquerons leur phase de dépendance. Cette section comprend trois sous sections qui sont :

- Du non-usage de l'alcool au premier verre
- Du premier verre au second verre,
- Et du second verre jusqu'à la dépendance.

I- Du non-usage de l'alcool au premier verre

Dans cette section, nous montrerons comment les personnes d'un statut de non-usager de l'alcool sont passés au statut d'usager d'alcool. Le thème³⁰⁵ « *Du non-usage de l'alcool au premier verre* » comprend les sous-thèmes suivants : l'âge du premier verre et les raisons du premier verre.

1- L'âge du premier verre

Selon les résultats de l'enquête, 59.4% des malades alcooliques abstinents interviewés, ont bu leur premier verre d'alcool entre 10 et 19 ans.

Tableau 30-Répartition des enquêtés selon l'âge du premier verre d'alcool

Âge	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
10- 14 ans	1	9	10	27	10
14/ 15 ans	0	2	2	5.4	12
15- 19 ans	4	6	10	27	21
18/20 ans	1	0	1	2,7	22
20- 24 ans	0	4	4	10,8	26
30- 34 ans	1	0	1	2,7	27
5- 9 ans	0	2	2	5.4	29
55- 60 ans	0	1	1	2,7	30
9/10 ans	0	1	1	2,7	31
Non -réponse	2	3	5	13.5	37

³⁰⁵ Paillé, Pierre et Alex, Mucchielli. (Page consultée le 23 septembre 2021). *Chapitre 11 : L'analyse thématique, (pages 231-314)*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm?contenu=resume>

Selon l’OMS³⁰⁶, le groupe d’âge [10-19 ans] correspond à la période de l’adolescence. Selon David Le Breton, cette période, est une période où les adolescents s'exposent à des risques pour rechercher leurs limites, leurs marques, « *dans l'affrontement physique au monde* ». Parmi ces conduites à risques, nous avons la prise de substances psychoactives, dont l’alcool. Nous rappelons que l’adolescence est une période de transition entre l’enfance et l’âge adulte. L’enfant intègre petit à petit le monde, au travers de la socialisation secondaire³⁰⁷. Il y a un certain nombre de valeurs, qui pourraient être transmises autour de l’alcool. L’alcool est très culturel en France, d’où la présence de l’alcool dans l’environnement d’un adolescent. Ces résultats confirment que l’adolescence constitue pour les adolescents, une période d’expérimentation, de découverte, de transition et à risque de consommation des substances psychoactives. Cette hypothèse est donc confirmée. L’adolescence constitue une période à risque, dont fait partie l’alcool.

2-Les raisons du premier verre

De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les termes les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent la surface qui est mieux détaillée : confirmation, découvrir, famille, fête, festif, jeunes, enfants et d’autres termes qui ne seront pas cités ici. Ce sont dix-huit personnes au total qui ont répondu à cette question.

³⁰⁶ Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 26 octobre 2022). *Santé des adolescents*, [En ligne], Adresse URL : https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

³⁰⁷ Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies. (Page consultée le 23 septembre 2021). *Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans : Résultats de l’enquête européenne ESPAD 2015*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsw9b.pdf>

qui	c'était	lors	que	c'est	donc	donné	effectiver	encore	enfant	enfants
	cette	m'a		champagn	enfin	goûter	histoire	j'ai	j'imagine	j'aimais
verre			voulez	cigarette	euh	jeune	lèvres	mais	mes	n'est
	comment	parce		comme						
vous			âgé		famille	jeunes	non	pour	précéder	premier
	confirmation	pas	ans	dans	fête	l'envie	permetta	première	souviens	trempe
			bien	découvrir						
aux	d'avoir	qu'un	boire	disais	fond	l'ivresse	plus	produit	très	une

Requête de fréquence de mots 2-Quelles sont les raisons de votre premier verre d'alcool ?

Notons que 19 personnes n'ont pas répondu à cette question. Ce sont donc les réponses de 18 personnes que nous allons analyser. Certaines personnes boivent souvent leur premier verre dans des fêtes ou évènements à caractère festif (7/18). C'est l'alcool festif³⁰⁸. Ce type de risque est plutôt de type dynamique, puisque ce n'est pas pour résoudre un mal-être. C'est un geste convivial, preuve de sociabilité de l'individu. La fête est un facteur socioculturel. On a en présence des alcoolismes d'imitation. L'origine de leur alcoolisme est le fait de « *se retrouver avec les autres* ». Ils suivent les autres. Ils veulent faire comme les autres ou ils veulent être acceptés par les autres. Ce sont des facteurs déclenchants et environnementaux.

Concernant les raisons du premier verre, sept personnes exposent dans la réponse, le lieu de l'expérience, à savoir qu'elle peut se faire dans un cadre familial (2/7) ou extra familial (1/7). D'autres exposent la circonstance (1/7). D'aucuns parlent de fête, sans exposer une description supplémentaire (3/7). Un premier extrait, celui de l'enquêté 17 nous montre qu'il a pris son premier verre, dans le cadre de relations familiales (2/7).

Enquêté 17 : « *Bon, la famille, ... tu as le droit de boire un petit coup de champagne. C'est la fête.* »

L'extrait de l'enquêté 2 nous montre un exemple de raison du premier verre, relatif à la fête, dans le cadre de relation amicales (1/7).

³⁰⁸ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle, Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 72.

Enquêté 2 : « *Pour faire comme les autres, pour être avec mes copains, pour être, pour se sociabiliser, pour faire partie d'une bande, pour eux, pour faire un peu le côté festif de la chose ; parce que l'alcool a été toujours festif pour moi. Au début de ma consommation, j'ai envie de dire la première année, on sortait le samedi soir, comme quand on est jeune, quand on a 18 ans quoi, ...* ».

L'enquêté 2 évoque l'âge. Cette notion met en exergue des habitudes, l'appartenance à un groupe et aux activités de ce groupe.

Un autre extrait, celui de l'enquêté 12 nous montre qu'il a pris son premier verre, lors de sa confirmation (1/7).

Enquêté 12 : « *Donc, comme je vous le disais, précédemment, lors de ma confirmation, ce qui permettait aux jeunes, aux enfants encore, parce que 14 ans on n'est pas « âgé », d'avoir ce premier verre, d'avoir cette première cigarette lors de cette confirmation; et c'est pas ce verre qui m'a effectivement, qui m'a donné l'envie de boire.* ».

Certaines personnes boivent leurs premiers verres d'alcool, dans le but d'expérimenter les substances psychoactives, les connaître. C'est le cas de l'Enquêté 1, qui dit avoir bu son premier verre : « *Pour goûter* » (2/18). Généralement, la consommation des substances psychoactives fait partie des expériences de l'adolescence. L'usage expérimental des substances psychoactives fait partie des facteurs environnements favorisant la consommation des substances psychoactives.

L'enquêté 4 mentionne sur sa fiche d'enquête, le fait que la consommation de son tout premier verre d'alcool est un « *un accident* », c'est-à-dire un événement imprévu (1/9). C'était un accident. Mais, l'alcool était disponible. On a en présence un facteur déclenchant la consommation des substances psychoactives. Donc, l'enquêté 4 fait une rencontre « *Irrationnelle* » avec l'alcool, à un moment précis. Il n'a pas choisi de faire la rencontre de l'alcool. L'alcool était juste là. Par la suite, à travers la lecture de son entretien exhaustif, sa consommation sera le résultat d'un choix rationnel.

Cependant, certains consommeront initialement de l'alcool, sur la base d'un choix rationnel. Par exemple, à la question de savoir les raisons du premier verre, l'enquêté 7 nous répond littéralement : « *parce que j'aimais ce produit.* » (1/9). En d'autres termes, il n'a pas consommé

accidentellement son premier verre d'alcool. Il avait prévu consommer de l'alcool, parce qu'il aimait l'alcool. La consommation de son premier verre d'alcool est donc un choix rationnel. Certaines personnes évoquent le milieu professionnel, comme raison du premier verre (1/9). Nous rappelons que le milieu professionnel, est un facteur socioculturel favorisant la consommation de l'alcool. C'est le cas de l'enquêté 30. Il déclare avoir bu son premier verre d'alcool, parce qu'il s'était engagé dans l'alcool. Les propos de certains malades alcooliques abstinentes dans l'ouvrage de l'alcoolisme à l'abstinence, montrent que l'armée est un milieu permettant l'expérimentation de l'alcoolisation pour un novice. C'est un milieu où, « *pour se donner du courage, pour faire face à la vie difficile ou... passer le temps* », les gens boivent. Mais, on ne peut pas qualifier si le risque pris de consommer l'alcool, était de type anémique ou pas. En effet, l'individu lui-même n'a pas donné plus de précisions, sur les effets attendus de l'usage de l'alcool dans son travail. Dans le cas de l'enquêté 30, on a affaire à des facteurs environnementaux, qui ont suscité sa consommation initiale d'alcool.

Certaines personnes évoquent la différence quand ils consomment l'alcool par rapport aux autres, dans leurs réponses (1/9).

Enquêté 33 : « *Mais, si vous voulez, mes frères un peu plus âgés ont goûté le vin assez tôt aussi. Ils ont même pris à l'adolescence, ont fait des cuites et puis, ils ont fait la fête quoi. Mais, ils ne sont pas devenus dépendants. Voilà, c'était la grande différence, parce que moi, je me pose toujours des questions. Je n'ai pas trop de réponses. Pourquoi, moi, je suis dépendant dans la famille, Non, et puis à vrai dire, je m'en fous un peu, c'est-à-dire, ce qui est important, c'est de voir les gens se sortir de la dépendance.* ».

Cette situation dépend de plusieurs facteurs notamment les variable humaines, les effets recherchés, et la dangerosité pharmacologique du produit³⁰⁹.

L'enquêté 33 continue : « *Euh Bon ma mère s'est quand même inquiétée. Elle buvait je dirai normalement, c'est-à-dire qu'elle pouvait se taper une bouteille de Bordeaux à table, après terminé ! C'est-à-dire que ce n'était pas une dépendance ; ou à table, un verre de vin mais sans plus quoi. Non, non c'était quelqu'un de très organisé. Non, non elle ne comprenait pas que je ne maîtrisais pas le, la chose quoi* ».

³⁰⁹ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003.

L'entretien de l'enquêté 33 nous montre que sa dépendance n'était pas liée au milieu professionnel, mais plutôt au modèle d'explication, neurobiologique, plus précisément biogénétique.

L'enquêté 36, qui est une femme, mentionne le fait qu'elle a bu son premier verre à cause d'une dépression.

Enquêté 36 : *«Très, très important. Justement dépression, justement la femme, elle fait plus de dépression qu'un homme, ... (dépression) Par rapport à mon couple, à mon mari, ... ».*

L'enquêté 34 parle du fait qu'il a bu son premier verre d'alcool, pour se désaltérer.

Enquêté 34 : *«C'était pour me désaltérer en fait. J'avais soif. J'étais avec mon père. On a bu, j'ai bu un panaché bière, en fait.»*

Il ressort de ces entretiens que les raisons qui peuvent pousser une personne à consommer pour la première fois sont diverses. Parmi ces raisons, nous en avons d'ordre : environnemental, déclenchant et prédisposant. Ces raisons peuvent être rationnelles ou non.³³⁴ Il est intéressant de noter que la plupart des personnes enquêtées se rendent compte que la maladie alcoolique est progressive.

II- Du premier verre au deuxième verre

Le thème *« Du premier verre au deuxième verre »* comprend deux sous- thèmes, qui s'intitulent : le passage du premier verre au deuxième verre et les raisons du second verre.

1- Le passage du premier verre au deuxième verre

Selon les résultats de l'enquête, le pourcentage de malades alcooliques abstinents ayant commencé à boire de l'alcool en même temps qu'ils ont consommé leurs premiers verres d'alcool est plus élevé que ceux qui ont attendu un temps après leurs premiers verres d'alcool, pour en consommer véritablement. Cela signifie que le nombre de personnes ayant enchaîné le même jour les deux stades, à savoir le premier contact avec l'alcool, et le stade expérimental, est plus élevé que ceux ayant attendu avant d'enchaîner avec le deuxième stade. Les résultats concernant l'enchaînement des verres dans la consommation pourraient s'expliquer par le modèle neurobiologique.

Tableau 31- Répartition des enquêtés selon le mode de passage du premier verre au deuxième verre

Âge	Femmes	Hommes	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Identiques	1	11	12	32,4	12
Différents	3	6	9	24,3	21
Non-réponse	5	11	16	43,2	37

Le fait que les résultats observés sont un nombre élevé de personnes ayant consommé leurs premiers verres d'alcool à l'adolescence et que la majorité des personnes interviewées aient consommé immédiatement un second verre après ce premier verre confirment que nous sommes bien dans une période délicate, l'adolescence, qui correspond à une phase d'expérimentation des réalités sociales, dont fait partie l'alcool ; sachant que tous ceux qui sont interviewés ne s'arrêteront pas au stade expérimental, par rapport à l'usage de l'alcool, elles continueront jusqu'à l'alcool- dépendance.

2- Les raisons du second verre

Selon le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent la surface qui est mieux détaillée : produit, vin, fête, alcool, goût, acquis, bière, père, boire et d'autres termes qui ne seront pas cités ici.

Selon le logiciel NVIVO, ce sont dix personnes interrogées qui ont répondu à cette question.

c'est	c'était	mais	comme	j'ai	vin	voilà	attiré	ben	chose	faut			
				moi	fête	alco	après	auss	bien	boiss	bon	bourg	
	une	avec	plus	mon	fois	d'alco	goût	père	per	picole	qu'ors	sans	
pas		des	c'est	par	hein	d'anis	suis	bois	buv	cad	c'éta	enfil	étud
	euh		déjà	produit	j'étais	dans	très	exer	ils	l'ai	l'alco	m'orn	es
	parce	les	dire	quand	pour	faire	autre	fout	pen	quel	s'en	sucr	vent
que	qui	non	être	tout	alcoo	gout	bière	gran	pers	ricar	verre	vou'y	av
						boire	ici	pre	sem	veut	ad	adag	

Requête de fréquence de mots 3-Quelles sont les raisons du second verre d'alcool ?

Les résultats de l'enquête nous montrent que certaines personnes ont consommé immédiatement un deuxième verre d'alcool, après leur premier contact avec l'alcool, parce qu'elles étaient « attirées » par le goût de l'alcool.

Enquêté 5 : « C'est agréable, ... »

Enquêté 10 : « Parce que ça m'a plu, parce que c'était bon, voilà ; parce que moi je pense que si quelqu'un boit son premier verre d'alcool et il n'aime pas, il ne retouche pas. Ça, il faut déjà, je pense qu'il faut déjà aimer le produit. ».

L'enquêté 10 parle aussi de l'alcoolodépendance en tant que processus qui met fin au caractère rationnel du choix de consommation de l'individu par rapport au produit ou au goût de l'alcool.

Enquêté 10 : « Une fois qu'on est dans l'alcoolisme, une fois qu'on est alcoolodépendant, le produit on s'en fout. C'est le, enfin je veux dire, le goût, on s'en fout ; c'est le produit qu'on veut. Euh, c'est-à-dire vous avez différents, admettons quelqu'un qui aime bien un bon verre de vin, qui n'est pas alcoolique. Il appréciera ce vin bourgogne. Prenons, et le jour où la personne sera alcoolodépendante, elle s'en foutra. Que ce soit du bourgogne ou du vin de, avec les bouts en plastique, il faut le produit alcool. Ce n'est plus le goût de bourgogne, le bon goût du vin Il faut le produit pour faire tomber la machine. »

Certaines personnes évoquent le fait qu'elles n'ont pas commencé à boire régulièrement, comme pour confirmer l'hypothèse selon laquelle, la maladie alcoolique est progressive.

Enquêté 8 : « J'ai pas continué à boire régulièrement hein, non, non, non, non. »

Enquêté 28 : *“Parce que c’était fréquemment, c’était, parce que c’était la fête, la fête : une fête, réunion des amis, qui, tout le monde picole. Ils commencent à picoler. Ils continuent à picoler jusqu’à être ivres, bourrés. Mais ça, ça veut dire, pas, que j’étais, j’avais des problèmes d’alcool.”*

Certaines personnes reprennent un second verre pour approfondir les effets.

Enquêté 5 : *“C’est agréable, et puis, c’est pour, c’était pour approfondir les effets, euh se sentir bien, se libérer, désinhibition, voilà.”*

L’enquêté 21 reprend un second verre particulièrement pour mieux connaître l’alcool. Il dit qu’il se sent attiré par le goût de l’alcool en fait, et ce depuis le premier verre. Il fait partie des personnes qui ont consommé immédiatement un second verre, après leur premier contact avec l’alcool.

Enquêté 11 : *« Ben, c’est euh, de continuer à boire, quand on connaît pas le, le terme alcoolique. C’est, euh, connaître plus loin, euh ; on est attiré aussi par ça. Si c’est le corps qui est attiré, au moment des faits, je ne savais pas. Je suis attiré par le goût. ».*

L’enquêté 28 parle de la maladie alcoolique, en tant qu’une chose “acquise” ; selon ses termes, l’alcoolisme est une maladie sans laquelle l’individu naît, mais à force de consommation, il peut avoir la maladie.

Enquêté 28 (Retranscription Ubiquis IO) : *“C’est, à mon avis, n’est pas un truc de maladie. C’est une addiction comme, comme, hein, à prendre quand, quand on maintient là, sa consommation. C’est une chose acquise, ce n’est pas une chose comme un héritage ou quelque chose de génétique. C’est un acquis, peut-être c’est une personnalité alcoolique. Et j’ai le, la, les témoignages de mon grand-père, ma, ma mère. Mes sœurs m’ont donné des conseils. Elles me disaient, ton, mon père, mon grand-père, il avait des, il picolait. Mais, une fois qu’il a fait quelque chose de très, très regrettable, il arrêta de picoler partout. ».*

Certaines personnes reprennent un second verre, à cause de la fête (l’alcool alimentaire)³³⁷.

Enquêté 23 : *« Tout à fait, mais, le, le, le premier alcool, j’ai bu, je, je l’ai vomi. Je l’ai pas supporté. Donc, ça m’a calmé une semaine ou deux. Mais après euh, comme je travaillais déjà en usine hein, les sorties avec les copains et, et autres ; ben, on allait sur une fête (mais uniquement le samedi soir) ou dans un bal rural parce que c’était comme ça à l’époque.*

Ben, on buvait un peu trop. Voilà, c'est tout simplement, mais la semaine, y'avait rien (parce que le lundi, y'avait le travail.), pas d'alcool. ».

Parler de la fréquence de consommation d'alcool rappelle souvent la phase problématique de l'usage de l'alcool. Parler n'est pas tout le temps facile. La phase d'abstinence est un moment « Joyeux ». Certaines personnes mettent en évidence ce fait dans leurs propos. Enquêté 4 : « (Par exemple, être interviewé) Oui, mais, moi, j'ai bien changé depuis. »

Enquêté 11 : « *Je ne bois pas d'anis. Il y a des personnes qui m'ont déjà proposé des bières sans alcool. J'ai dit non, non, pas de bières... et plus d'alcool, enfin, plus, tout ce qui a un rapport avec l'alcool, voilà. ».*

La maladie alcoolique est une pathologie qui n'est pas irréversible. Il y a plusieurs formes d'alcoolisme. Toutes n'ont pas commencé de la même manière.

III- Du second verre jusqu'à la dépendance

Le thème « *Du second verre jusqu'à la dépendance* » comprend cinq sous-thèmes qui sont les suivants : le moment, où l'alcool devient un problème pour les malades alcooliques abstinents, les stratégies pour masquer l'alcoolisme, les ressentis de l'entourage, la reconnaissance du statut de « *malade alcoolique* » et leurs mots pour qualifier la période de dépendance à l'alcool.

1- A quel moment, l'alcool devient un problème pour vous ?

Selon le logiciel NVIVO, ce sont vingt personnes interrogées qui ont répondu à cette question. Pour certains malades alcooliques aujourd'hui abstinents, ils se rendent compte que l'alcool devient un problème lorsqu'on leur fait des remontrances par rapport à leur consommation. L'écoute est importante. C'est un repère pour savoir si une personne peut être guérie ou pas. Ne guérit pas qui veut, mais qui écoute. En effet, soigner un individu qui ne se sent pas malade est un problème. Dans ce sens, l'écoute constitue un déclic.

Enquêté 32 : « *Quand on me dit qu'il faut que je boive moins ! Alors je dis, je boirais comme tout le monde quoi ! Et progressivement, le besoin augmente.* »

L'alcool devient un problème pour certaines personnes, quand elles « *ont* » ou « *avaient* » des moyens financiers, pour emprunter le temps narratif du discours de ces personnes.

Enquêté 5 : « *Il se trouve que j'ai un tout petit peu de moyens financiers. J'ai du temps. Il y a tout un ensemble de copains. Euh on aime bien faire la fête. Les autres, ça les trouble pas. Ils font la fête et puis et moi, ben, je suis, je suis plus sensible et je continue quoi.* ».

Enquêté 10 : « *Ben, l'alcool devient un problème pour moi, je vous dis euh, euh j'avais un restaurant en 86...* ».

Enquêté 18 : « *L'alcool devient un problème euh, bon donc, Je suis mariée, je travaille, je travaille ...* ».

Pour certaines personnes, elles se rendent compte que l'alcool devient un problème pour elles en mettant en rapport cette situation avec le lieu où elles se trouvent, leur compagnie du moment, les activités qu'elles font ensemble. Ce sont les facteurs environnementaux qui regroupent le prix et la disponibilité des substances psychoactives licites et illicites, les expériences de l'adolescence, les relations familiales et l'attachement, les normes culturelles (l'acceptabilité culturelle ou la sanction culturelle de l'utilisation des drogues).

Enquêté 10 : « *...J'avais un restaurant et puis là je faisais la fermeture avec les clients ; et le soir, les clients au bar, je quittais ma cuisine, je venais au bar, je buvais un verre avec les clients, deux verres, ainsi de suite et un beau matin, ... un beau matin, (pause de cinq secondes) j'ai tremblé.* ».

Nous notons dans les discours de certaines personnes, une comparaison de leur consommation d'alcool par rapport à divers éléments : le niveau « *antérieur* » de consommation d'alcool, par rapport à elles-mêmes, leurs corps, aux autres ou leur âge.

Enquêté 25 : « *Ben quand j'ai commencé à grandir, que je suis vers les 18 ou 19 ans là, euh l'alcool ; et par rapport à mon âge aussi, je, quand j'allais en, en discothèque en boîte, mais je voyais que j'étais quelqu'un qui, qui cherchais la bagarre quoi, par rapport à, à l'alcool ; parce que si je buvais pas d'alcool, euh j'étais quelqu'un de, de, de timide et normal quoi ; et avec l'alcool, ben, je, je cherchais la bagarre, je cherchais* ».

Pour certaines personnes, elles se rendent compte de la phase problématique de l'usage de l'alcool, à travers les conséquences de leur alcoolisme sur elles-mêmes et leur entourage.

Enquêté 13 : « *Là euh, et, et je crois que le moment où, où ça devenait problématique, c'était quand, parce que ça, ça n'a jamais évolué en dehors de la cellule familiale, mais quand j'ai commencé à avoir de très mauvais rapports avec mon mari. C'est là : les disputes qui étaient*

plus, plus régulières, euh parfois, c'était, c'était tout le temps hein. C'était une peur. Quand il rentre, ça y est encore je vais me faire engueuler, et puis ma démission aussi par rapport à mes responsabilités à la maison; alors le ménage plus fait ; euh j'avais plus envie de me lever le matin ; j'avais plus envie ; j'étais tout le temps fatiguée; le physique, il, la dépression qui s'accroissait, j'étais dépressive hein sinon j'aurais peut-être pas bu de l'alcool, si j'avais pas été dépressive, euh les enfants qui commençaient à, à peser, à peser parce que en plus de ça, moi qui adore mes enfants euh j'avais la culpabilité on voit pas trop hein ? ça, ça reste à l'intérieur et je m'arrangeais toujours pour que les autres soient plus coupables que moi, hein ? parce que on est malin hein, les alcooliques, hein ? c'est à cause de toi que je bois ; c'est parce que toi, t'as, t'as été méchant, hein, alors, c'est l'autre qui est coupable et puis nous on s'en sort toujours plus ou moins bien, hein ?”

Pour certaines personnes, c'est le fait qu'elles aient du mal à arrêter de consommer l'alcool, qui est un signe de l'usage problématique de l'alcool, pour elles.

Enquêté 15 : *“Ben, ça devient un souci de santé quand je m'aperçois que j'ai, j'ai du mal à arrêter de, de consommer tous les jours. Ben, parce que je ne peux pas. J'essaye, je tiens deux jours et ben en étant, j'essaye de devenir abstinent quoi, de ne pas boire quoi, et en fait...”*

Pour d'autres personnes, comme l'enquêté 34 aussi, c'est le besoin d'augmenter les doses, qui sont un signe précurseur pour elles.

Enquêté 32 : *“Quand on me dit qu'il faut que je boive moins ! Alors je dis, je boirais comme tout le monde quoi ! Et progressivement, le besoin augmente.”*

Enquêté 32 : *“Quand on me dit qu'il faut que je boive moins ! Alors je dis, je boirais comme tout le monde quoi ! Et progressivement, le besoin augmente.”*

Certains cadres favorisent aussi une consommation individuelle problématique de l'alcool.

Enquêté 26 : *“Donc, l'alcool là, donc euh c'est devenu à 25 ans, quand j'ai commencé mes études de médecine et euh l'alcool est devenu un problème très rapidement hein, hein, quatre ans plus tard, quatre ans plus tard, cinq ans plus tard, donc je, je vais galérer euh puisque je me suis arrêté en médecine en cinquième année en fait.”*

L'entretien ci-dessus nous montre que lorsque les enquêtés font leurs récits concernant leurs parcours de dépendance, certains feront la distinction entre la phase non problématique de l'usage d'alcool, et sa phase problématique, sans que cette question leur soit spécifiquement

posée. Pourtant, cette question concerne tous les enquêtés, dans notre travail de recherche. Comme cité plus haut dans le cadre théorique de l'étude, nous rappelons que ce n'est qu'au début du 19^{ème} siècle que Trotter, médecin anglais, fait entrer l'alcoolisme dans le monde des maladies. Cela signifie qu'auparavant, les représentations par rapport à l'alcoolisme étaient encore purement d'ordre moral : l'alcoolisme est un vice, une tare, un péché ; l'alcoolique est un pécheur ; il manque de volonté ; l'alcool est la cause de tous les maux de la société ; la solution est l'abstinence. En rapport avec notre étude, ces représentations pourraient justifier le fait que ce qui peut véritablement rassembler des personnes sur la notion de la maladie alcoolique, si ce ne sont pas leurs représentations de cette maladie, ce sont leurs discours sur les manifestations cliniques de cette maladie.

Selon nous, cette situation pourrait justifier le fait que Magnus Huss, inventeur du concept alcoolisme, après avoir découvert les manifestations pathologiques de la maladie et les troubles comportementaux liés à la surconsommation d'alcool, ait réuni sous le même terme alcoolisme, celles-ci.

Enquêté 26 : « *Donc, l'alcool là, donc euh c'est devenu à 25 ans, quand j'ai commencé mes études de médecine et ...* ».

Certains notent que l'alcool devient un problème parce qu'ils ne sont plus à l'origine de la demande de la consommation, mais plutôt un mécanisme biologique à l'intérieur d'eux qui nécessite la consommation.

Enquêté 2 : « *Quand tu te lèves le matin et que tu penses : est-ce que j'ai de l'alcool pour la journée ? Quand ton cerveau te réclame de l'alcool, alors que t'en as pas besoin.* ».

L'âge est un repère pour certaines personnes. L'âge ou l'alcool devient un problème pour elles, varie entre 17 et 27 ans.

Enquêté 5 : « *J'ai une vingtaine d'années...* ».

Enquêté 18 : « *L'alcool devient un problème euh, bon donc, Je suis mariée, je travaille, je travaille ; donc j'avais 20 ans quand je me suis mariée...* ».

Enquêté 25 : « *Ben quand j'ai commencé à grandir, que je suis vers les 18 ou 19 ans là, ...* ». L'alcoolisme affecte tout âge.

Le moment du chômage est aussi cité.

Enquêté 11 : « *Pour moi, l'alcool est devenu, à l'époque, au moment des chômages, au moment du chômage. Je buvais souvent déjà avant, avant le chômage...* ».

Pour une personne, l'alcool est devenu un problème pour elle parce qu'elle se sentait seule, précise dans son mariage.

Enquêté 18 : « *L'alcool devient un problème euh, bon donc, Je suis mariée, je travaille, je travaille ; donc j'avais 20 ans quand je me suis mariée Oui et comme je vous l'ai dit, j'étais, c'était la solitude puisque mon mari, pour lui le mariage était la porte de sortie hein. Et donc j'étais souvent seule mais bon, j'étais occupée puisque j'avais un travail qui était très, très, prenant, oui et là euh je me suis quand même laissé aller ; ...* ».

Se sentant seule, l'enquêté 18 profite de toutes les occasions, comme elle était occupée, pour consommer. A ce moment, l'alcool devient un problème pour elle. L'alcool devient un problème pour une personne peut ne pas signifier automatiquement qu'elle a des soucis de santé rapport à l'alcool mais qu'elle en fait un usage problématique et qui peut aussi causer des risques sanitaires. Donc, il y a les signes précurseurs, et il y a le temps d'installation de la maladie. Nous pouvons aussi prendre comme exemple l'enquêté 11, qui mentionne sa consommation avant.

Enquêté 11 : « *Pour moi, l'alcool est devenu, à l'époque, au moment des chômages, au moment du chômage. Je buvais souvent déjà avant, avant le chômage...* »

Pour certaines personnes, c'est la succession de problèmes qui marque ce passage.

Enquêté 30 : « *Ah ben, depuis en 67, à 17 ans, j'ai commencé à boire jusqu'à, parce que j'ai perdu Y mon paternel. Il est mort à 59 ans. Mon frère, il est mort aussi, mes deux sœurs aussi. Tout le monde est mort. Il n'y a que moi qui suis à la croix bleue. Eux, ils n'ont pas bu. Eux, ils sont tous morts et moi je suis là.* »

Pour ces mêmes personnes, il y a aussi la perte d'êtres chers.

Le fait de penser à l'alcool le matin est un élément qui a fait remarquer à une personne qu'elle avait un problème avec l'alcool.

Enquêté 2 : « *Quand tu te lèves le matin et que tu penses : est-ce que j'ai de l'alcool pour la journée ? Quand ton cerveau te réclame de l'alcool, alors que t'en as pas besoin...* ».

L'enquêté 10 aussi a mentionné qu'il a tremblé au matin.

Enquêté 10 : “... un beau matin, (pause de 5 secondes) j'ai tremblé.” Une personne a mentionné le temps.

Enquêté 5 : “*Il se trouve que j'ai un tout petit peu de moyens financiers. J'ai du temps...*”

L'alcool est devenu un problème pour l'enquêté 11, il le remarque par l'attirance, qui a constitué, pour cette personne en particulier, le motif de consommation de son premier et de son second verre.

L'enquêté 13 mentionne dans son discours que l'alcool est devenu un problème pour elle, lorsque sa dépression s'accroît.

Enquêté 13: “ *la dépression qui s'accroît, j'étais dépressive hein sinon j'aurais peut-être pas bu de l'alcool, si j'avais pas été dépressive, euh les enfants qui commençaient à, à peser, à peser parce que en plus de ça, moi qui adore mes enfants euh j'avais la culpabilité on voit pas trop hein ? ça, ça reste à l'intérieur et je m'arrangeais toujours pour que les autres soient plus coupables que moi, hein ? parce que on est malin hein, les alcooliques, hein ? c'est à cause de toi que je bois ; c'est parce que toi, t'as, t'as été méchant, hein, alors, c'est l'autre qui est coupable et puis nous on s'en sort toujours plus ou moins bien, hein ?...(en même temps) ben la, la descente aux enfers, elle se fait pour moi, elle se fait pour lui aussi parce qu'il faut se dire que dans, dans l'entourage, bon les enfants ils s'adaptent hein, hein ils savaient, ils demandaient plus de choses à leur papa qu'à moi finalement moi quand ils me demandaient quelque chose, ils savaient que, ils regardaient d'abord si j'étais bien disposé hein parce que moi je pouvais passer ; c'est ça aussi l'alcoolisme hein on passe d'un moment de grande, on est de bonne humeur, on rigole. Trois secondes après, vous êtes dans une colère monstre hein. Pourquoi ? hein, parce que y a un qui a posé le stylo là avant de le poser là, pour une connerie hein et finalement euh, je crois que l'entourage s'adapte à ça et mon mari s'est aussi adapté à cette situation. Ah, je vais la laisser tranquille, je vais rien dire, je vais hein. On essaye de protéger l'autre et pis tout de, pour que, pour qu'il n'y a pas d'éclats. Ô ben, je vais faire ça, comme ça elle sera contente, comme ça elle boira pas. Hein, il s'adapte ...oui, il s'est adapté à cette situation au fur et à mesure, jusqu'au moment où il n'en pouvait plus. Il faisait bien, c'était pas bien. Il faisait mal, c'était pas bien non plus. Il savait plus sur quel pied danser. Et à un moment donné, on perd complètement ses, ses repères, sa personnalité dans, dans cette histoire et lui m'a accompagné comme ça parce que c'est ce qu'on appelle la codépendance en fait...*”.

Ces extraits de l'entretien de l'enquêté 13 nous montrent que ses enfants devenaient une charge pour elle. Elle culpabilisait aussi son mari, pour son alcoolisme, quoi que ce ne soit pas la vérité. Tous ces symptômes que sont l'hyper adaptation de sa famille ainsi que la, fusion avec elle, nous montrent que nous sommes en présence d'un phénomène de codépendance. Dans ce cas, ce ne sont pas que des conséquences individuelles de l'alcoolisme que nous observons dans le parcours de dépendance de la personne, mais visiblement des conséquences collectives de l'alcoolisme d'un individu sur l'entourage de personnes qui n'ont pas consommé l'alcool. Ces résultats nous confirment bien que nous sommes en présence d'une maladie à la fois physiologique, psychologique et sociale. Elle est particulière dans la mesure où son analyse ne peut se réduire à l'une seule de ses manifestations mais à l'ensemble de celles-ci afin de mieux la cerner pour pouvoir la traiter, d'où, la nécessité d'un accompagnement prenant en compte les approches globales de la maladie alcoolique dans son accompagnement.

Il existe d'autres raisons motivant la prise du second verre telles que, l'amour du produit, qui constitue une logique de recours à l'alcool, de type rationnel. En dépit d'un cadre de prévention pouvant exister en amont de toutes les conduites de dépendance recueillies à travers notre étude, certaines personnes connaîtront l'usage problématique de l'alcool. Ce résultat confirme le fait qu'il existe une certaine inégalité des individus devant l'alcool, qui ne dépend pas seulement du pouvoir addictogène du produit, mais varie aussi en fonction de l'individu, du contexte de consommation. En effet, certains risques individuels ou collectifs peuvent être pris en dépit de la connaissance des conséquences liées au risque. Ce fait est lié à la définition même du risque qui comporte des avantages ou des inconvénients à l'issue de la prise du risque. Retranscription Ubiquis IO enquêté 18 : « ...*et mais comme, mais comme dans la journée j'étais occupée, je pouvais pas. Vous voyez ? mais toutes les occasions étaient bonnes, hein la fête, la, euh, un détail : la femme de ménage. Donc, c'était un commerce, c'était une boutique ; et la femme de ménage qui avait, elle un problème, et plus âgée que moi, à l'heure de, vers 11 heures, elle est allée acheter une bouteille de vin blanc. Elle aurait pu être ma mère alors euh ; hein, elle avait l'âge d'être ma mère. Et on buvait ça entre 11 h et 12 h avec ; y avait des toasts, des trucs comme ça, afin de dire un apéritif. Toujours ce mot, cette façon de situer quelque chose, c'est l'heure de l'apéritif. C'est comme un signal. Vous voyez ? alors, voilà bon, ça c'était les rares fois où elle était pas là tous les jours hein mais, c'est un détail je viens d'y penser. Mais bon, il*

faut dire que le produit me plaisait, l'effet qu'il produisait. Vous voyez ? Là, on est euh, on va dire un peu plus hardi, mais bref. Comme disait euh (elle commence à rire), c'est presque une blague. Un de nos présidents qui avait du, des difficultés avec la langue française, il dit, ça nous faisait bien rire d'ailleurs : « Maintenant qu'ils ne boivent plus, ils sont "désinhibés" . "Désinhibés", désinhibés, vous voyez le genre ? Il a mal prononcé le mot. Ils sont "désinhibés" et ils peuvent "vagner" à leurs occupations. Mais le fou rire, enfin il n'a pas remarqué, il n'a pas remarqué qu'on se moquait de lui ! Bon, bref ça veut dire qu'à partir de ce moment-là, vous n'avez plus d'inhibition, vous êtes hein, vous vous sentez fort ; vous vous sentez ; c'est l'après qui est difficile parce que là c'est la chute. Une fois qu'il n'y a plus d'effet, que l'alcool ne fait plus d'effets, c'est le trou hein. ».

Notre thèse part du postulat selon lequel la maladie alcoolique est une maladie progressive, ayant plusieurs caractéristiques latentes et manifestes notamment, l'accoutumance, les conséquences individuelles, et collectives de l'alcoolisme. Selon cette théorie, il est fort possible qu'une personne ne découvre l'alcoolisme que par des conséquences plus visibles de celui-ci. C'est le cas de l'enquêté 21 et 37. Par exemple, l'entretien de l'enquêté 21 ci-dessous illustre l'assertion ci-dessus. A la question de savoir à quel moment l'alcool est devenu un problème pour lui, il répond : *« Ben, quand j'étais malade. ».*

L'Enquêté 28 dit qu'il s'en est aperçu lorsqu'il a commencé à avoir des conduites folles. Enquêté 28 : *« Hum, quand j'ai commencé à avoir des conduites fou, par exemple : manquer de respect aux femmes, au chef du boulot, (dire) des trucs grossiers ; je vais vous donner un exemple en espagnol : "Mama sita queno estas », c'est-à-dire tu es, tu as grosses, tu as de grosses fesses et je l'aime beaucoup (devant tout le monde). C'est une femme respectable... ».* Quant à l'Enquêté 29, il s'en est aperçu lorsqu'il a commencé à utiliser l'alcool comme médicament.

Enquêté 29 : *« L'alcool, c'est devenu vraiment un problème, ben comme je l'ai dit dans le témoignage, le témoignage-là, tout à l'heure, euh, quand j'ai commencé à le prendre comme médicament. Comme somnifère, j'ai commencé à prendre régulièrement de l'alcool. ».*

L'Enquêté 33 dit que dès le début il avait remarqué que l'alcool était un problème pour Lui.

Enquêté 33 : *“Il y a eu des problèmes, je dirai quand même dès le début des épisodes de cuite un peu fortes. Je me disais non. Il ne faut plus se mettre dans des états pareils, etc. Comme ça ne va pas, je recommençais à boire tout de suite. Assez tôt hein, je dirai même à 17 ans, À l’époque j’ai pris une cuite et j’ai eu un trou de mémoire sur ce que j’avais fait. Et le lendemain, les copains, les copines m’ont raconté des trucs. Je dis ah !”*

Entre ceux qui découvrent plus tard ou plutôt, le moment où l’alcool est devenu un problème pour eux, il y a un élément commun dans les discours des malades alcooliques abstinents : c’est la manifestation de la maladie alcoolique.

L’Enquêté 34 parle de perte de contrôle. Il dit qu’il n’arrivait plus à se maîtriser.

Enquêté 34 : *“Olala, c’est longtemps après. Le souci ? vers 27,28 ans. Je le ressens parce que je bois de plus en plus, et puis de plus en plus et au départ je bois pas tous les jours. Je bois tous les jours de plus en plus et puis je perds le contrôle. J’arrive plus à maîtriser la consommation.”*

Les entretiens de l’Enquêté 33 et de l’Enquêté 34 nous montrent en effet une des caractéristiques de la dépendance des individus. Cette caractéristique est le syndrome de dépendance d’après le professeur Jellinek. Avoir un trou de mémoire après la consommation d’alcool est une amnésie alcoolique caractéristique de la phase de début de l’alcoolisme. Boire de plus en plus, et plus fréquemment, est le signe d’une augmentation du degré de tolérance à l’alcool. Le syndrome de dépendance est un véritable repère de la maladie alcoolique.

2- Le déni

Le thème le déni comprend deux sous-thèmes qui sont : les stratégies pour masquer l’alcool et la non-reconnaissance de la phase d’alcoolisme.

2.1-Les stratégies pour masquer la consommation d’alcool

Notre thèse part du postulat que l’ivrognerie est l’attitude exprimée dans la consommation de l’alcool. En soi, ce n’est pas le fait de boire qui est mal vu par les individus au sein de la société, ni le fait de trop boire, mais plutôt le fait de mal boire qui fera l’objet d’un jugement par l’individu ou la collectivité. Mal boire, ce seraient par exemple des excès allant jusqu’à l’ivrognerie, boire sans événement approprié, boire en dehors des normes du cadre social

existant, etc. La majorité des malades alcooliques aujourd’hui abstinents (64.9%) dans la période où ils étaient en difficulté avec l’alcool, avaient des stratégies pour cacher leur alcoolisation. Cette attitude s’appelle le déni, qui signifie littéralement l’action de dénier, c’est-à-dire de “*refuser de reconnaître la vérité ou la valeur d’une chose*”³¹⁰. Chez les malades alcooliques, il y a les stratégies pour masquer leur alcoolisation et le fait de ne pas reconnaître qu’ils sont malades alcooliques.

Tableau 32- Répartition des enquêtés selon les stratégies pour cacher leur alcoolisation

Avez-vous des stratégies pour cacher votre alcoolisation?	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence cumulative
Oui	24	64.9	24
Aucune	6	16.2	30
Non –réponse	7	18,9	37

De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent dans la surface qui est mieux détaillée : partout, travail qui constituent des termes porteurs de sens pour les individus, nous le verrons dans les entretiens ci-dessus.

Selon le logiciel NVIVO, ce sont vingt-trois personnes interrogées qui ont répondu à cette question.

³¹⁰ De Timary Philippe, et autres. (Page consultée le 4 février 2022). « *Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l’hôpital général* », Cahiers de psychologie clinique, 2007/1 (no28), p. 185-205. DOI : 10.3917/cpc.028.0185., [Enligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-185.htm>

que	c'est	oui	parce	donc	non	c'était	c'est	mon	qui	alors				
					dire	comm	voilà	j'allais	caché	fait	plus			
	mais	pour	vous	j'avais										
					j'étais	bon	j'ai	lui	mes	avait	cons	dit		
pas	moi	quand	euh	ben		caché	faire	buv	par	quoi	apr	ava		
					avec									
				bouteil		était	puis	cach	cons	cour	être	femr		
	une	des	tout		même		toute	jam	dis	fil	fois	ils	j'éta	
				elle		parto		j'ava	l'al	tem	tru	ca	us	che
les	dans	hein	j'ai	est	suis	déjà	très	peu	mais	dis	ger	leur	m'a	
					bien	fallait	trop	boire	soif	dos	mo	qu'	qu'	
								buva	sur	faut	pen	rien	sav	

Requête de fréquence de mots 4-Avez-vous des stratégies pour cacher votre alcoolisation ?

Comme stratégie, certaines personnes choisissent de consommer en l'absence des autres, buveurs ou non.

Enquêté 2 : *“Alors, je, je consommait euh quand tout le monde était au lit, le soir par exemple, quand tout le monde était au lit. Je consommait en cachette au travail... Je consommait pas devant les autres et je consommait pas non plus avec les autres à l'extérieur parce que, tout ce qu'eux consommaient, c'est ce que moi j'aurais pas eu...”*.

Dans leurs réponses, il y a des phrases qui reviennent souvent et qui peuvent être reformulées ainsi :

Je cachais partout/ on en a partout.

Enquêté 6 : *“Aaah ! Ouf, ah, pour la, ça, pour le cacher ? mes bouteilles ou, oh là là, y'en avait partout hein. Même lui, quand il a su que j'étais malade alcoolique, il a, il a cherché partout, il les trouvait, il les emmenait et oui, oui, oui. Et je buvais que l'al, ma ça c'était, ça été douloureux parce que c'était, tout était fait en cachette. Je, je, je courais vite quand il partait, je courais vite me chercher mon alcool. Il fallait que je boive avant, avant qu'il rentre. Oui, c'était à chez moi partout, partout, dans les armoires, je cachais partout bah oui;(Dans les toilettes ?) oh non, non, non, non, non, non. Moi, je cachais dans, dans le linge. On habite une grande maison, donc je cachais dans, et pis les bouteilles, les bouteilles, les stratégies, c'est que quand les bouteilles étaient vides, je remplissais d'eau... »*.

Comme tout le monde

Enquêté 3 : *“Mais bien sûr, comme tout le monde.”* Les malades alcooliques sont malins.

Enquêté 2 : *“ Je consommait, je trouvais, un, un malade alcoolique est très, très malin, pour consommer, il invente des trucs, des trucs impossibles. J'ai, j'ai mélangé des, dans des bouteilles d'eau, de la vodka pour que les gens pensent que je bois de l'eau. J'ai mélangé, la vodka est incolore. Bien sûr, la vodka, c'est incolore hein ; c'est clair, c'est clair comme de l'eau. Donc, y'a pas de problème quoi. Ça se voit pas. J'ai, j'ai mélangé tout plein, tout plein de, le, ce qu'on appelle le produit, le haisti, c'est un espèce de thé couleur thé, et la même couleur c'est le, le ricard pur au whisky pur. Donc les gens le voyaient pas. Donc, mais moi j'avais ma dose d'alcool. J'avais besoin de trouver des, j'avais besoin de trouver des solutions pour pas, pour pas que les autres le remarquent, même s'ils le remarquaient tout le temps ; mais pour, pour pouvoir consommer sans être, sans être attrapé quoi. Donc, je consommait beaucoup seul et en cachette.”*

Certaines personnes mentent.

Enquêté 5 : *« Moi, ma famille était loin de chez moi. Donc au téléphone, je buvais avec mes amis, et puis je buvais, oui à l'époque, j'étais étudiant. J'étais à Paris et mes parents, mes amis d'enfance était dans l'est. Ben, je voyais qui décrochait, qui appelait ? Je décrochais pas ou alors je décrochais, je disais que j'étais grippé, fatigué, c'est pour ça que j'avais une drôle de voix et tout, voilà. ».*

Certaines personnes masquaient leur haleine pour cacher l'alcoolisme.

Enquêté 3 : *« Moi, quand j'arrivais ici, ma femme, elle savait tout de suite si j'avais bu ou pas. Déjà, si je mâchais le chweegum pour enlever l'haleine, cacher la bière, et puis essayer de, pas trop parler, parce que quand on est dans l'alcool, on a tendance à beaucoup branler... ».*

Enquêté 7 : *« Chweegum ou alors, on buvait après euh, un jus d'orange ou un machin comme ça... ».*

Certaines personnes buvaient pour masquer l'alcoolisme.

Enquêté 3 : *« Mais pour masquer, on essayait toujours de masquer euh ; déjà quand, vous aviez un repas, par exemple, moi, mon beau-frère qui venait ; oui, ben, on buvait un coup. Déjà, avant de se mettre à table, il fallait que je boive un coup. Il y avait déjà l'alcool qui est dans le, parce qu'autrement à table, vous êtes comme ça (il me montre les mains qui tremblent), vous tremblez...et puis bon, bah à table, on buvait pas beaucoup parce que j'avais bu avant hein. ».*

Nous notons que certains malades alcooliques abstinents utilisent souvent les pronoms : tu, on, vous pour parler des stratégies.

Dans le sac à dos, le système de remplacement des bouteilles vides, cacher les bouteilles à la cave, ne pas trop parler, dans les armoires, dans le linge, dormir beaucoup, la manipulation, ne pas trop boire pour que cela ne soit pas vu, rentrer à pied du boulot, boire dans son bureau,

Ne pas parler de son alcoolisme, dans le grenier, dans le garage, boire avec des buveurs sont autant de stratégies qui permettent de cacher l'alcoolisme. L'élément commun à toutes ces méthodes est leur objectif : cacher l'alcoolisme. Les personnes usent d'imagination.

L'enquêté 7 se plaint de son attitude.

Enquêté 7 : « *Mais, c'est vrai que c'est, c'est, je sais pas pourquoi ça m'a, euh parce que, que c'est vrai que, chchch (sourir de la bouche comme pfff mais pas pour demander le calme, plutôt pour dire qu'il ne sait pas quoi dire) avant non.* ».

Toutefois, malgré les stratégies pour cacher leur alcoolisme, parfois, il se voit.

Enquêté 17 : « *Au travail, j'en ai parlé avec certaines personnes. J'ai changé de travail depuis. Mais, il y en a qui m'ont dit, ouais attends mais tu sentais quoi ! ... voilà.* ».

Au départ, l'enquêté 18 mentionne qu'elle n'essayait pas de cacher sa consommation, mais qu'elle a fini par la cacher parce que sa consommation n'était plus vue comme étant normale. Elle n'avait pas de motifs valables pour consommer. Donc, elle se cachait.

Enquêté 18 : « *Pfff, est-ce que j'essayais de cacher ? C'est à partir du moment où je me suis rendu compte que j'exagérais, hein que c'était pas le moment, c'était pas l'heure, j'avais aucune, une raison, hein, parce que je vous ai, je viens de vous dire, l'heure de l'apéritif, c'est à peu près sacré. C'est : allez, amenez vos verres, on vous sert. C'est une fête, voilà. Y'a une raison, y'a une raison, bon. Mais quand il y en a pas, quand il n'y a pas de raison valable et que vous êtes là consommée, et ben, non, on évite de, on évite de le faire...* ».

Consommer en l'absence de personnes connues, ou en l'absence des autres constitue l'une des stratégies principales des malades alcooliques abstinents. Les personnes interviewées usent d'imagination pour que leur alcoolisme ne se découvre pas. Ce résultat pose la question de la communication au sein des réseaux de ces personnes ; non de la culpabilisation de l'entourage de ces personnes.

2.2-Si on vous avait dit que vous étiez alcooliques, l'auriez-vous accepté ?

La majorité des malades alcooliques abstinents qui ont répondu à cette question ne reconnaissent pas être alcooliques au moment où elles étaient en difficulté avec l'alcool.

Tableau 33- Répartition des enquêtés selon le déni

Si on vous avait dit que vous étiez alcooliques, l'auriez-vous accepté ?		
	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	3	8.1
Non	16	43,2
Les 2	1	2.7
Non- réponse	17	45.9
Non/ ceux qui ont répondu	16/20	80

Pour les personnes qui ont dit non, il y a plusieurs raisons. De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent dans le nuage de mots et la surface qui est mieux détaillée : maladie, dépendant, complètement, déni et d'autres termes qui ne seront pas cités ici.

Selon le logiciel NVIVO, ce sont les réponses de onze personnes interrogées ayant répondu non à la question de savoir s'ils se seraient reconnus malades alcooliques dans la période en difficulté avec l'alcool, qui sont ici présentées.

qui me dérangeait. Le mot malade alcoolique, déjà me fait moins peur. Et c'est ce qu'on m'a appris dans les groupes d'entraide en l'occurrence. Tu es malade alcoolique. Tu es pas alcoolique, alcoolique. Ben, c'est le mot maladie. C'est une maladie. L'alcoolisme est une maladie. Le fait de consommer à outrance, c'est une maladie. Alcoolique, on, on, c'est, c'est Péjoratif, si, si tu veux c'est le clochard qu'on va voir dans la rue qui est complètement dépravé avec sa bouteille de rouge. C'est l'image. C'est comme euh, dépendant dépendant euh toxicomane c'est pas pareil que toxico ou drogué ce sont des mots. C'est des, ce sont juste des mots. Dans la transcription de l'esprit, ce sont des mots. Ma, maladie alcoolique, c'est le mot maladie, donc y'a un soin, donc y'a un rétablissement possible c'est très important pour, pour le dépendant quoi oui, effectivement, ils peuvent en sortir ils sont dépendants alcooliques, ils sont tout simplement dépendants à l'alcool le gars qui avec sa bouteille de rouge dans le caniveau, il boit pas pour se faire du mal. Il boit parce qu'il en a besoin et que il a pas trouvé encore d'entraide de groupe d'entraide c'est tout simplement ça. L'alcoolisme est une maladie aujourd'hui, c'est reconnu. C'est euh, c'est une vérité quoi. ».

Enquêté 25 : « Non, ah non ; parce que je voulais pas que, je voulais pas qu'on me dise que j'étais un alcoolique, parce que moi, les alcooliques, c'étaient des gens clochards, des gens qui dorment sous les ponts, voilà ».

Enquêté 32 : « Non, parce que c'est quand même une tare. Enfin, c'est considéré comme une tare... oui, oui, le produit ».

Certaines personnes ne reconnaissaient pas être alcooliques parce qu'elles n'écoutaient pas.

Enquêté 15 : « On me l'a dit, parce que je me suis arrêté euh, quand j'étais très fatigué. Euh, j'ai été hospitalisé euh, deux fois, euh, pour une semaine. Donc j'ai été vu par un psychiatre. Don, j'ai expliqué, et il m'avait dit euh : faites attention, vous allez devenir dépendant (l'enquêteur rit). Mais, dans ma tête, je me disais : cause toujours, je m'arrête quand je veux. Mais, quand j'ai voulu m'arrêter, je ne suis pas arrivé. Donc, ils avaient raison. Mais, j'ai pas écouté. »

Enquêté 28 : « Oh non, non, non, je le niais ; non, je peux arrêter quand je veux. C'est une façon de rigoler, de voir la vie. ».

Certaines personnes avaient le déni.

Enquêté 2 : « J'avais le déni au début... ».

D'autres ne savent pas.

Enquêté 29 : « *Euh, que je buvais trop oui, que j'étais alcoolique non. Euh, je sais pas (rire) ça j'en sais rien* ».

Enquêté 34 : « *en général les personnes qui disent ça, ce sont des personnes qui boivent ; donc c'est des personnes qui (il n'a pas fini) ; non, non, mais parce que je sais pas, je sais pas* ».

L'Enquêté 34 ne se reconnaît pas alcoolique car selon lui, cette capacité à détecter de l'alcoolisme dans la consommation d'un individu est une sorte d'identification aux buveurs.

Pour certaines personnes, boire n'était pas un problème.

Enquêté 2 : « *...alors moi je viens dire, je suis issu d'une famille où tout le monde a consommé et tout le monde est alcoolique, le père, la mère, les grands-parents, le grand-père côté maternel. Tout, toute la génération derrière moi consommait à outrance beaucoup, donc, c'était pas un problème.* ».

Certaines personnes avaient des trous de mémoire.

Retranscription Ubiquis IO de l'enquêté 17 : « *non je n'entendais rien. Je n'écoutais rien complètement ; complètement, j'étais intolérante. Je n'écoutais rien à ce qu'on me disait. J'avais toujours raison j'avais toujours le dernier mot. J'ai revu ma fameuse amie que j'ai rencontrée à l'époque, il n'y a pas très longtemps puisqu'on se voit moins souvent à cause de mon rythme actuel. Mais on continue de se voir. On est vraiment mais quoi. C'est la seule amie que j'ai gardé l'époque. On n'en reparlait justement. On disait, mais non la dernière fois j'ai essayé de te parler et tout. Alors déjà j'ai plein de blanc, plein de trous noirs ces années-là, puisqu'en plus je prenais des cachets, des antidépresseurs, tout ça. Donc en plus avec l'alcool ça ne m'aidait pas quoi. Donc plein de blanc, et puis ben, voilà je n'écoutais rien quoi. Et puis j'avais toujours raison.* ».

Certaines personnes se sentaient plus futées que les autres.

Enquêté 20 : « *...non parce que je n'admettais pas que j'étais alcoolique. C'était pas, c'était pas comment dire (il tousse) ; je, je pensais que j'étais plus futé que les autres en disant personne ne verra que je bois ou n'importe quoi moi être Alcoolique en ce moment, c'est de Consommer beaucoup d'alcool en beaucoup de temps, par exemple si la personne elle commence à boire le matin , à 7 h du matin et que qu'il faut son verre de, de bière, ou de whisky, ou disons de vin ou n'importe quoi , et qu'il tremble le matin à 8 h, bon ben pour moi la*

personne-là, elle est déjà dépendante de l'alcool. Ben au début je, je tremblais pas. J'avais pas de, de sueurs froides, de nausées ou n'importe quoi. À la fin, oui ».

Une personne ne croyait pas, et même si cela était vrai, c'était son problème, pas celui d'autres personnes.

Enquêté 35 : « et ben, quand on me disait que je suis alcoolique, d'abord je croyais pas déjà premièrement et puis je parlais du principe que ma foi, c'était mon problème. Je buvais ce que je voulais, quand je voulais ».

Pour les malades alcooliques abstinents qui auraient reconnu être alcooliques, il y a plusieurs raisons mentionnées dans leurs discours. Déjà, de la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent dans la surface qui est mieux détaillée : savais, arrêté, préparé, et d'autres termes qui ne seront pas cités ici. Notre postulat concernant la réponse à cette question part du fait que le déni des personnes est lié à leurs représentations sociales de l'alcoolisme, produisant un étiquetage du « *malade alcoolique* » et un auto-étiquetage de leur propre manière de boire.

que	j'ai	oui	alors	choses	clairem	conson	dans	début	déjà
			arrêté	dépend	j'ai	l'alcool	m'a	m'en	m'étais
	l'a	parce							
quand			avait	dès	mais	passer	plusieu	plutôt	pouvais
	même	pas	ben	donné	moment	préparé	qu'on	quelqu	qui
dit			boire	illico	non	presco	quoi	s'est	senti
	moi	savais							
euh			chose	j'étais	passé	qu'il	rond		tournait

Requête de fréquence de mots 7- Oui, j'aurais reconnu être alcoolique.

Selon le logiciel NVIVO, ce sont les réponses de deux personnes interrogées ayant répondu oui à la question de savoir s'ils se seraient reconnus malades alcooliques dans la période en difficulté avec l'alcool, qui sont ici présentées.

Certaines personnes ont senti/ savaient.

Enquêté 24 : « non mais je m'étais préparé (il rit) ouais déjà, à un moment donné, dès le début, j'ai senti quand même dans ma consommation qu'il y avait quelque chose qui tournait pas rond quoi ».

Enquêté 26 : « au moment-là, dans le contexte ? oui, oui parce que moi, je le savais moi-même, que j'étais dépendant de l'alcool je le savais, que je pouvais pas m'en passer ».

Certaines personnes s'étaient préparées.

Enquêté 24 : « non mais je m'étais préparé (il rit) ouais déjà... ».

Il y'a une personne qui a répondu oui et non, à la question de savoir si elle aurait accepté de statut d'« alcoolique ». Il donne plusieurs raisons. De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent dans la surface qui est mieux détaillée : période, années, connaissait, continu et d'autres termes qui ne seront pas cités ici.

que	des	suis	elle	comme	dans	dire	moi	n'est	période				
				peu	contin	'en	j'étais	l'impr	m'a	m'inq			
	alors	une	même	mon	pharm	pour	pris	probl	quant	quelq			
				tout	n'était	rapp	acc	bais	bois	bos	bou	c'éta	cas
pas		dit	période	alcool	oui	résu	aller	certa	con	cop	cou	d'ac	
	c'est	lui	qui	année	par	arriv	chos	d'ètr	disa	enc	éta	éta	
			ans	aussi	parce	suite	arriv	clas	d'ex	donc	éta	fac	fais
j'ai	j'avais	mais	bon	conna	peut	trop	autr	collé	déb	adon	éta	fac	fais
							aux	com	déb	emm	être	fais	fais

Requête de fréquence de mots 8- Oui, j'aurais reconnu être alcoolique ; j'aurais répondu non aussi.

Pour l'enquêté 33, devenir alcoolique est un fait qui peut arriver à tout le monde. Cependant, il a eu plusieurs périodes dans sa vie ; ce qui pourrait justifier respectivement, ses deux réponses, oui et non.

Enquêté 33 : « *oui ça peut arriver. Alors il y a eu plusieurs périodes de la vie elle n'est pas, Il siffle, comme ça ben, elle n'est pas linéaire c'est-à-dire que par rapport au toxique j'ai eu des périodes d'accalmie j'ai eu des périodes où j'avais l'impression de maîtriser le problème. Alors j'ai une période, je disais je bois trop mais je ne suis pas alcoolique j'ai eu une autre période. J'ai dit bon je suis alcoolique je finirai comme ça mais alors le problème c'est qu'enfin pour moi je ne sais pas si c'est tout le monde pareil. Mais bon pour un certain nombre comme moi j'avais conscience que je dégringoler* ».

Nous avons demandé aux malades alcooliques abstinents quelle est la différence entre avant et aujourd'hui ? L'intérêt de cette question est de comprendre ce qui a changé.

À cette question, il y a plusieurs réponses. De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent dans le nuage qui est mieux détaillée : savoir sous plusieurs déclinaisons, cacher, honnêteté, regarde, humilité, compris, appris, voir et d'autres termes qui ne seront pas cités ici.

Selon le logiciel NVIVO, ce sont les réponses de douze personnes interrogées qui sont ici présentées.



Requête de fréquence de mots 9- quelle est la différence entre vous, "avant" et vous, «aujourd'hui" ?

Pour certains malades alcooliques abstinents, la personne d'avant n'avait pas conscience des dangers qui la guettaient, les dangers de l'alcool.

Enquêté 2 : « ben, la per, la personne d'avant n'avait pas conscience des dangers qui, qui le guettaient quoi tout simplement. La personne d'aujourd'hui, je connais les dangers de l'alcool euh Moi : pour moi, encore une fois je sais que moi je ne sais pas consommer un verre normalement comme tout le monde entre guillemets moi je consomme tout de suite un, 2, 3, 10 jusqu'à l'enivrement quoi, jusqu'à quoi, jusqu'à tomber quoi. Ça c'était y'a pas si longtemps ».

Enquêté 32 : « ben, maintenant je sais que je suis, je ne suis pas maître de moi vis-à-vis de l'alcool et que si je retouche ben, c'est reparti en capote ben à l'époque ça signifie pour moi faire avec modération et maintenant être maître de soi ça veut dire ce produit-là n'est pas fait pour toi tu n'y touche plus ».

Certaines personnes parlent d'elles-mêmes en disant que ce sont « deux personnes différentes ».

Enquêté 4 : « ah, c'est deux personnes totalement différentes Ah, ben, tout, tout, tout a changé. Ma manière d'être, mon manière de travailler, ma manière de parler hein. Je parle beaucoup alors que moi je parlais pas du tout euh non, pour rien au monde, je ne voudrais revenir en arrière. C'est dire que là je jouis de tout ce que je fais que ce soit du bénévolat et bien que ce soit très contraignant, mais c'est devenu, ... par rapport à ce fait là ? Vous savez, quand on est, je crois dans l'alcool, on est systématiquement dans une phase de déni. C'est dire que, au début ben non, moi je bois pas plus que les autres. On boit peut-être autant que les autres mais on supporte moins. On devient bête. On devient méchant parce que vous savez il y a cette fameuse logique qui fait qu'on passe à l'euphorie au bien-être, à la connerie, et puis après au mal-être, à la dépendance hein. Et donc maintenant, je vis je profite, je jouis d'un moment que j'ai actuellement au même titre qu'avant mais sans être obligé de prendre un produit ce qui fait, que je me suis psychiquement si je reprends ? tout, la vie de famille, ce que je fais actuellement. Je deviens plus crédible ».

Retranscription Ubiquis IO Enquêté 17 : « ça n'a rien à voir. Aujourd'hui, depuis que j'ai rencontré les alcooliques anonymes, puis les narcotiques anonymes, j'ai dit, je le dis assez régulièrement en réunion. J'ai l'impression d'apprendre comment vivre en fait. J'ai l'impression de découvrir le mode d'emploi de la vie. J'ai l'impression, de ce côté-là, j'ai été

totallement, je n'avais rien. Je n'avais pas les clés en main en fait. J'étais une gosse timide. J'ai fait une tentative de suicide à l'âge de 10 ans. Je suis montée sur le toit chez mes parents. Je voulais me foutre en l'air. J'avais écrit des lettres de suicide, enfin, voilà. Ouais, mal-être. Timidité je ne sais pas pourquoi et à l'époque le médecin de famille avait dit à mes parents de m'emmener chez un psy. Ils avaient donné des cachets, des antidépresseurs, qui je ne sais pas trop quoi exactement puisqu'on n'en parle pas de ça avec mes parents. Il n'aime pas mais les cachets qu'il me donnait, je les gardais et après j'ai, je les prenais tous d'un coup aussi. Ça me défonceait déjà quoi. Donc il y avait quand même ce comportement-là quelque part. ».

Certaines personnes disent : « *tout a changé* »

Retranscription Ubiquis IO de l'enquête 4 : « *ah, c'est deux personnes totalement différentes Ah, ben, tout, tout, tout a changé. Ma manière d'être, ma manière de travailler, ma manière de parler hein ...* ».

Certaines personnes disent que maintenant elles ont la paix intérieure.

Enquête 35 : « *ben, la paix, la paix intérieure ben disons que, plus la peur du gendarme. Bon, après j'ai divorcé et je me suis arrêté après. J'ai arrêté l'alcool deux ans après. J'ai continué à boire deux ans tout seul. Mais alors boire, ce qui s'appelle boire sourd tous les jours. Tous les jours à fond euh, Je pense que oui. Le divorce a bien aidé à l'alcool.* ».

Retranscription Ubiquis IO de l'enquête 36 : « *je suis libre là. C'est moi. Je me suis retrouvé. Il y a longtemps, ce n'était pas ça oui, voilà c'est ça. Et je me suis trouvé même pas retrouvé mais trouvé parce que je ne suis plus la même personne, parce que Je me sens bien. J'étais toujours mal à l'aise. Je marchais toujours la tête baissée même quand j'avais 20 ans être timide, la timidité trop. Moi j'ai raté mon bac à cause de la timidité. Aujourd'hui on ferait les trucs sur les acquis, je l'aurais eu mon bac je voulais m'occuper de mes enfants. J'aime tellement les enfants ; je voulais être instit ; c'est raté. Je n'ai pas sorti une ligne sur le papier blocage, ça c'est la timidité, blocage complet. Après mon papa il a essayé de me faire rentrer Il pouvait encore. Il avait une bonne place pour me faire entrer dans ses bureaux. Après ça n'a plus marché et dès qu'on regarde derrière moi ce que je fais, fini j'arrive plus à écrire c'est dommage.* ».

Pour l'enquêté 13, la personne d'aujourd'hui a accepté qu'elle peut avoir des défaillances.
Enquêté 13 : « *alors la personne d'aujourd'hui a accepté cette maladie, qu'elle pouvait avoir des défaillances.* ».

L'enquêté 14 parle du fait d'avoir l'honnêteté et l'humilité.

Enquêté 14 (Retranscription Ubiquus IO) : « *c'est que maintenant j'ai l'honnêteté et l'humilité. J'ai l'honnêteté de dire, j'ai appris l'honnêteté envers moi-même et envers les autres et de m'accepter telle que je suis comme je suis avec mes défauts et mes qualités et l'humilité parce qu'il y a aussi L'ego qui nous pourri et qui fait que, et là les AA m'ont appris aussi cette humilité. C'est les cinq paroles de Bil qu'on a travaillé, Eh oui, c'était de l'ego qui faisait que je le cachais. Aujourd'hui je sais que je ne suis ni plus ni moins qu'un autre. Je suis non plus pas moins mais pas plus non plus l'honnêteté, c'est ne pas se mentir à soi-même c'est-à-dire de regarder au fond de soi, et d'écouter sa petite voix. Au fond on le sait. (Rapidement) Au fond je savais que j'avais un problème avec l'alcool. C'était du déni. Je ne voulais pas le reconnaître. Mais je savais bien que mes copines elles buvaient. Elles buvaient, elles finissaient pas la gueule dans le caniveau en train de vomir. Je savais bien que moi j'étais obligé de boire jusqu'à ce que je m'endorme. Je n'arrivais pas à m'arrêter. Je savais bien que je n'arrivais pas à boire trois, quatre verres. Pourquoi moi J'étais obligé de descendre la bouteille ? donc Pour moi l'honnêteté, c'est d'écouter sa petite voix intérieure et, de savoir ce qu'on a, et oser s'avouer les choses ; et de se dire voilà, regarde-toi en face la vraie chose elle est là. Donc Arrête de te la voiler. Regarde là ; l'humilité c'est ne pas se laisser bouffer par l'ego qui veut qu'on paraisse mais l'humilité c'est dire, c'est une parole de Bill et Bob c'est dire je ne suis pas plus qu'un autre et je suis comme je suis. Et je ne dois pas être dictée par mon ego. Mais, je dois être dicté par ce que je peux faire et ce que je ne peux pas faire et jamais me considérer plus qu'un autre ».*

L'enquêté 17 dans son discours, parle du fait que c'est comme si aujourd'hui j'apprends comment vivre en fait.

L'enquêté 19 parle du fait qu'il a tout compris

Enquêté 19 : « *la différence c'est que j'ai tout compris (il rit par la suite) c'est-à-dire j'ai compris, ben, j'ai compris une chose. C'est que on a tous des coups de bâtons dans le dos d'accord ? on a tous des déboires. On a tous des, mais il ne faut pas se cacher la face. Il faut*

l'accepter. Hein, ma dyslexie, elle me servait ; pour cacher ma dyslexie, pour cacher mon désarroi, pour cacher ma souffrance, je picolais. Quand on m'a dit que j'étais dyslexique, je n'avais plus rien à cacher. J'ai appris à gérer ma dyslexie. Je dis ah pardon, moi, je n'ai plus rien à cacher. Je sais que je suis dyslexique. Donc, je n'ai plus besoin de consommer. D'accord ? hein, pour revenir à ce que je disais, le malade alcoolique, donc, un jour elle m'a foutu dehors parce que je consommais trop d'alcool. Et là, je suis devenu malade alcoolique en très peu de temps. ».

L'enquêté 28 parle du fait j'ai arrêté de picoler

Enquêté 28: « arrêté de picoler comme tu m'as écouté dans la réunion pour moi c'était pas, ok ne, ne valait pas la peine d'arrêter de picoler si on a quelque chose de vraiment riche, vraiment valable non, pour moi la famille, c'était pas, récupérer ma famille, le boulot ou la richesse , ou l'argent ou les commodités ou même la santé c'était pas suffisant parce que même quand je picolais j'avais un très bonne santé physique toujours , presque tous les alcools ils sont de très bonne santé je ne suis , si je veux tomber malade les petites gripes ok. Alors je vais chercher une autre chose je ne savais pas quoi mais c'était la transcendance Dieu, Dieu non, non c'est vrai que c'est ça, non ? mais c'est pas ça. C'est moi qui ai, l'ai cherché, lui a cherché c'est moi , et je ne pouvais l'avoir si je continuais à picoler c'est pour ça que pour moi la chose la plus importante c'est arriver à voir, sentir sa présence dans ma vie même si je suis un peu chiant encore. Même si je fais encore des, je ne suis pas parfait mais c'est ça la pour moi la chose qui vaut la peine d'arrêter de picoler ».

Une personne parle de l'entretien que nous étions en train de mener comme un véritable exploit, car auparavant il n'aurait pas été capable de mener cet entretien, à cause de sa façon de consommer l'alcool.

Enquêté 30 : « ah ben maintenant, je suis impeccable je suis en train de discuter avec toi ah ben, avant je sais pas Moi. J'ai eu des copines, des copines j'ai eu des femmes elles sont toutes mortes, parce qu'elles buvaient mieux que moi elles buvaient mieux que moi il n'y a que toi qui boit pas alors ici ? ».

Pour résumer les résultats de ce thème, nous pouvons dire que la période de la dépendance est une période de transformation du monde intérieur et extérieur de l'individu par l'alcool.

1- Les ressentis de l'entourage des malades alcooliques abstinents durant la période en difficulté avec l'alcool

Notre postulat part du fait que la consommation problématique de l'alcool a des répercussions sur l'individu ainsi que sur son entourage. En général, l'intérêt de cette assertion est de montrer qu'il existe une « *consommation responsable* » de l'alcool, qui prend conscience de soi et des autres, et une consommation qui ne l'est pas. En particulier, la consommation abusive d'alcool entraîne des risques de divers ordre sanitaire (maladies pouvant endommager le foie, le pancréas, l'œsophage), social (accidents, violence, violence conjugale)³¹¹. Nous avons vu le tableau récapitulatif de Becker dans la revue de littérature pour classer les comportements, qualifier un acte de déviant : selon qu'il soit correct ou pas, et perçu comme déviant ou non. Pour lui, pour qu'un acte soit qualifié de déviant à l'état pur, il faut que les normes internes de l'individu lui-même et les normes externes des personnes extérieures permettent de qualifier cet acte comme déviant.

Dans notre étude, nous essaierons de voir ce qu'il en est des réactions de l'entourage des malades alcooliques abstinents, face à l'alcoolisme de leur proche durant la période en difficulté avec l'alcool. Nous avons plusieurs réponses. Selon le logiciel NVIVO, ce sont vingt-cinq personnes interrogées qui ont répondu à cette question.

Dans le discours ci-dessous, nous voyons que les proches sont affectés de façon plus ou moins négative.

Enquêté 22 : « *Euh ben, l'env, l'environnement, que ça soit la famille, euh, bon la famille, c'est le 1er, les amis, (Tâtonnements), bah non, ils n'étaient pas contents. Bah non, hein, parce que, l'alcool, non, c'est, c'est, quelquefois je, comment dire, je, bah quand tu bois, des fois, tu racontes, un peu n'importe quoi hein. Quand tu as bu, quand euh (Hésitations), c'est euh Il y avait une pub, en France, qu'est-ce qu'ils disaient euh : tu t'es vu quand t'es bu ? je sais pas si tu la connaissais cette pub-là ? Ben C'était un peu ça, quoi quand tu, quand tu vraiment après tu, tu dérapes un peu euh, tu es, t'es complètement désinhibé et puis des fois, tu vas raconter des conneries aussi hein. »*

La famille leur a fait des remarques.

³¹¹ Éduc'alcool. (Page consultée le 23 septembre 2021). *Les effets de la consommation abusive d'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.educalcool.qc.ca/faits-et-effets/alcool-et-jeunesse/les-effets-de-laconsommation-abusive-dalcool/>

Enquêté 8 : « *ah, mais, c'était, c'est mon, mon mari hein finalement. Les autres personnes, personne m'a fait euh un, une remarque comme ça...* ».

Peut-être que c'est le conjoint qui ressentait plus l'alcoolisme de sa conjointe ? Peut-être que les autres ont décidé de se taire ? Dans tous les cas, nous avons plus haut dans la revue de littérature, que la consommation problématique de l'alcool, n'est pas la norme sociale dans la consommation de l'alcool, sauf si elle est encadrée par des entités spécifiques pour un événement particulier. Sinon, elle fait office de non-respect qui sera puni soit : par la loi ou la conscience collective, en fonction du type de manquement.³¹²

L'alcoolisme a eu des conséquences individuelles et collectives.

Enquêté 13 : « *la, la descente aux enfers, elle se fait pour moi, elle se fait pour lui aussi parce qu'il faut se dire que dans, dans l'entourage, bon les enfants ils s'adaptent hein, hein ils savaient, ils demandaient plus de choses à leur papa qu'à moi, moi quand ils me demandaient quelque chose, ils savaient que, ils regardaient d'abord si j'étais bien disposé hein parce que moi je pouvais passer ; c'est ça aussi l'alcoolisme hein on passe d'un moment de grande, on est de bonne humeur, on rigole. 3 secondes après, vous êtes dans une colère monstre hein. Pourquoi ? hein, parce que y a un qui a posé le stylo là avant de le poser là, pour une connerie hein et finalement euh, je crois que l'entourage s'adapte à ça et mon mari s'est aussi adapté à cette situation. Ah, je vais la laisser tranquille, je vais rien dire, je vais hein. On essaye de protéger l'autre et pis tout de, pour que, pour qu'il n'y a pas d'éclats. Ô ben, je vais faire ça, comme ça elle sera contente, comme ça elle boira pas. Hein, il s'adapte oui, il s'est adapté à cette situation au fur et à mesure, jusqu'au moment où il n'en pouvait plus. Il faisait bien, c'était pas bien. Il faisait mal, c'était pas bien non plus. Il savait plus sur quel pied danser. Et à un moment donné, on, on perd complètement ses, ses repères, sa personnalité dans, dans cette histoire et lui m'a accompagné comme ça parce que c'est ce qu'on appelle la codépendance en fait...* »

L'enquêté 15 s'est isolé, donc son entourage ne le voyait pas.

Enquêté 15 : « *la famille, euh, en fait je me suis isolé. J'étais avec ma famille. Mais je buvais seul dans mon monde d'alcool. Non, J'avais un bureau à la maison, et Je buvais dans mon bureau.* »

³¹²Ogien, Albert. *Sociologie de la déviance*, première édition, Presses Universitaires de France, 2012, p. 8.

Etant donné que la consommation problématique de l'alcool regroupe un ensemble de manifestations dont celles sociales (la perception du mal boire par l'individu, et les autres, cette sorte d'étiquetage et d'auto-étiquetage de la façon de consommer de l'alcool), et celles biologiques à travers les manifestations du désordre biologique interne de l'organisme,

L'individu pour être bien vu des autres aura tendance à cacher son alcoolisme. Becker : une attitude incorrecte et perçue comme non déviante, pourra être qualifiée d'acte déviant secret.

Pour l'enquêté 21, son entourage ne lui a fait aucune remarque.

Enquêté 21 : « *Lui : aucun, y'avait rien j'étais pas ivre...* ».

Surtout le fait qu'il n'était pas ivre a beaucoup joué dans les "*non-réactions*" des autres. Nous le verrons plus loin dans l'entretien de cet enquêté il découvrira la problématique de son usage de l'alcool à travers l'apparition d'une maladie un cancer.

Pour certains malades alcooliques abstinents, les proches ont offert leur aide.

Enquêté 9 : « *oh ben, La famille n'était pas, ce que je voyais, c'est surtout par papa et maman, elle, elle a beaucoup vécu euh, pas une belle vie hein je dirais par rapport à papa, et que de sa fille, elle fait ça aussi voilà, moi, c'est surtout, Mais bon, mes, mes sœurs n'ont pas n'ont pas accepté. Mais elles ont fait tout ce qu'il fallait pour m'aider.* »

La famille se sent coupable. »

Enquêté 2 : « *alors, au début l'entourage est présent pour euh, pour t'aider à, à essayer pas trop de consommer, se sent coupable* ».

Enquêté 13 : « *...hein et euh, il m'a accompagné comme ça et jusqu'au moment où épuisé, on avait quand même un bébé quand j'ai arrêté de boire ; et il avait 15 mois hein ; donc on avait quand même un bébé. Y avait quand même la charge de travail à la maison. Moi, je foutais plus rien hein. Et, et euh, il faisait tout. Lui, il rentrait à la maison. Il ouvrait les volets, il faisait les lits et puis après c'étaient les gosses qui couraient pour que papa il râle pas hein ; c'était mais tout le monde s'est adapté à cette situation-là hein de peur de, dès, quand je commençais, j'étais alors, c'est moi qui claquais les portes et puis c'est les autres qui se sentaient coupables hein. C'était comme ça parce qu'on a encore fait quelque chose que on aurait peut-être pas dû hein et, et cette histoire, c'est, c'est l'histoire de cette période-là. Heureusement que ç'a pas duré trop longtemps hein je vous dis hein parce que j'ai arrêté euh, j'ai eu mes enfants jeune. L'ainé,*

il avait 12 ans hein les autres, ils étaient tous plus petits. Ils ne l'ont pas vécu longtemps mais c'était quand même intense à ce moment-là... ».

Certains malades alcooliques abstinents parlent de leur attitude face aux réactions de l'entourage.

Enquêté 2 : *« mon épouse parce que j'étais marié quand même euh, la belle-famille aussi voit qui, que j'ai un penchant pour l'alcool x, tu dois faire attention x (lui-même il cite son nom en disant X) mais t'inquiète je gère. Je maîtrise. Je gère, je maîtrise euh, jusqu'au jour où je maîtrise plus. »*

Parfois, la famille se sent démunie face au problème. Cependant, pour l'enquêté 4, il mentionne dans son discours qu'il existait parfois une part de complicité face à sa consommation de l'alcool. Certains malades alcooliques abstinents notent que malgré les observations qui leurs ont été faites, ils ont quand même continué leur « alcoolisme ».

Enquêté 27: *« Euh, Je ne sais pas pourquoi ils étaient en colère. Parce que ça il faut leur demander à eux. Mais, colère parce que bon c'est pas bien de boire, de boire en cachette. Mais je n'ai pas arrêté pour autant. ».*

Enquêté 20 : *« Mais ma femme, comme elle est laborantine. Donc elle ne voyait pas. Elle voyait beaucoup de gendarmes venir au laboratoire chez elle pour faire des analyses, des prises de sang, puisqu'ils avaient quelqu'un. Ils envoient dans 2 laboratoires différents. Donc, euh et ses collègues de bureau lui avaient dit mais tu as qu'à le lâcher, le laisser. Tu demandes au juge des enfants, comme quoi ; La maison c'était à mon nom. Je l'avais construit quand j'étais célibataire. Et j'avais quand même trois gosses. Alors à l'époque les copines lui disaient va voir un juge, tu lui demandes qu'ils foutent le camp. Et dans ce cas la maison elle est, elle aurait été pour les enfants, pour ne pas qu'ils soient mal protégés, tu vois ? Qu'ils soient bien en bonne truc. Donc ma femme, mais elle essaye de me faire soigner. Mais c'était pas. Je voulais rien entendre non plus. » .*

Nous rappelons que pour l'enquêté 9, ses sœurs n'ont pas accepté son alcoolisme. Un malade alcoolique abstinents a mentionné que ses parents savaient son alcoolisme.

Enquêté 11 : *« ça, ah les parents, ils le savaient ils le disaient pas ouvertement. Ils savaient, ils savaient que je savais que je ne pouvais pas, je n'arrivais pas arrêter à arrêter voilà. Et, c'était pas courant. À l'époque, je pratiquais pas de, de, il y'avait pas de réunion mes parents se*

taisaient un peu. Ils disent quelquefois, tu piques de trop, hein c'était... je dis non, je pique pas trop. Je me cachais ».

Dans son discours plus haut, l'enquêté 13 a mentionné que ses parents se sont adaptés à son alcoolisme et qu'elle culpabilisait les autres membres de sa famille.

Un malade alcoolique a mentionné que les réactions de ses parents étaient le dernier de ses soucis.

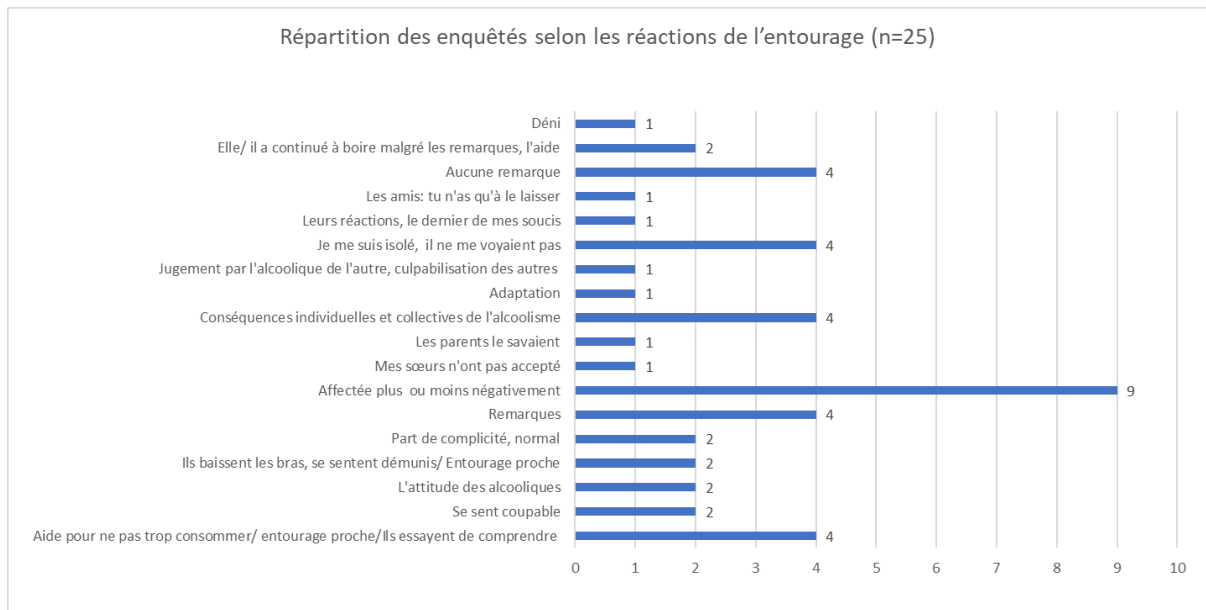
Enquêté 18 : *« alors là c'était le dernier de mes soucis. Mais naturellement j'avais droit à tout un tas de, de, de remontrances et notamment de la part de ma sœur quand c'était en famille euh et c'est pour ça je ne supporte plus certains mots : tu n'as pas de volonté, t'as pas de courage euh si tu avais un peu de ceci, de cela, tu, tu te mettrais pas dans des états pareils. On a honte de toi, ben oui parce que, au repas de famille, une fois, une fois le moment passé où c'était drôle hein ou je les faisais rire et puis après, je comment dire (belle attitude de l'interviewer, continuer) il arrive un moment où c'est plus ça bien. On s'en rend compte d'ailleurs après on n'arrive pas à rattraper. On n'arrive pas à remonter oui, on n'arrive pas à revenir, revenir à un état normal et à bon enfin bref... ».*

Dans l'extrait de son entretien plus haut, l'enquêté 20 a mentionné que les amies de sa femme l'encourageaient à le quitter lui.

Un malade alcoolique abstinant a mentionné que ses parents étaient dans le déni.

Enquêté 34 : *« ben, d'abord, le déni et puis après ils essayent de comprendre. Ils essayent de savoir ; fâchés pas trop, non, non, parce que je suis, mon entourage en fait ce sont mes parents ou mes sœurs et en fait ils sont pas fâchés puisque je dépends plus d'eux. Donc je suis autonome en fait ».*

Cela étant, ils ont essayé de comprendre. Ici, nous ne sommes pas dans la logique de Becker, pour classer un acte correct ou non, comme déviant ou non ; nous sommes dans le cas où l'individu ne dépend plus des parents, donc est en quelque sorte dans un milieu extérieur à ses parents. C'est une variable intermédiaire, qui montre que dans la socialisation secondaire des individus, certains éléments peuvent échapper à la compréhension de la famille.



Graphique 8- Répartition des enquêtés selon les réactions de l'entourage

L'alcoolisme est un fléau pour notre société. Les sociétés essaient d' « apprendre à boire », par l'encadrement collectif de cette pratique. Lorsqu'elle s'individualise et dans des proportions à risque, elle crée un trouble dans la société, dans la mesure où les conséquences individuelles et collectives sont visiblement néfastes comme la rupture de liens sociaux et la perte de travail.

2- Leur mots pour qualifier leur période de dépendance à l'alcool

Notre postulat part du fait qu'hormis les réactions de l'entourage, il y a les personnes elles-mêmes qui vivent leur consommation d'alcool, et donc qui sont capables de la qualifier. Cela s'appelle la perception de l'alcool, de l'alcoolisme par lui-même. Il y en a qui en font des autobiographies, et pour un malade alcoolique abstinant, l'alcoolisme fait partie du passé de l'individu³¹³. Selon le logiciel NVIVO, ce sont trente-trois personnes interrogées qui ont répondu à cette question.

³¹³ Pentecoteau, Hugues, et Omar, Zanna. *Un anonyme alcoolique. Autobiographie d'une abstinence*, PU Rennes, 2013.

gâchis	affreux	cauchemar	descente	échec	enfer
	aux	chance	enfers	existentielle	malheureux
l'enfer				perte	temps
	c'est l'enfer	conneries	excessif		une

Requête de fréquence de mots 10- Si vous deviez qualifier votre période d'alcoolisme, que diriez-vous ? ou quels mots mettriez-vous sur cette période?

Il y a plusieurs types de discours.

Il y a ceux qui utilisent des mots pour qualifier la période.

Enquêté 2 : « *enfer...* »

Enquêté 8 : « *c'est malheureux...* »

Enquêté 14 : « *euh cauchemar souffrance mal, douleur, sentiment d'être une merde, d'être une moins que rien de, voilà...* »

Enquêté 15 : « *c'est difficile de mettre un mot, ben que C'est l'enfer hein ! ...* »

Enquêté 16 : « *je dirais conneries...* »

Enquêté 18 : « *c'est la pire chose qui me soit arrivée pour moi, c'est, c'est l'enfer...* ».

Il y a ceux qui découpent la période pour parler de la période d'alcoolisation.

Enquêté 37 : « *au début, j'étais joyeux, et puis, maintenant pendant 4, 5 ans j'étais, j'étais content, j'étais bien. Et puis et ben je voyais la vie en rouge. J'étais, je, j'avais pas de travail mais, ça ne me, ça ne faisait pas de souci ça ne me faisait pas de souci parce que j'y pensais pas et puis un beau jour, je sais pas, j'ai commencé euh, cette histoire de ne pas avoir d'argent je suis, oui J'étais trop dépendant de ma femme j'étais, il fallait que je fasse des économies. Alors au début, je buvais des bonnes boissons. Je buvais du rosé et du bon vin et puis après, ben j'ai commencé du vin, du vin de chez Lidl et puis après j'ai terminé du, du vin rosé, du vin rouge que je mélangeais avec du vin, du vin blanc, vous voyez ? j'étais à la, j'ai jamais fait la manche parce que j'étais orgueilleux mais vous savez j'étais à deux doigts d'a, d'aller tendre le, la main hein (...)* »

Enquêté 4 : « *c'est la période d'alcoolisation avant la dépendance ? parce que vous savez la première phrase je ne la regrette pas. Je la regrette pas par rapport à ce que j'ai vécu à l'époque Ça avait un sens. C'était bien ; elle est venue après, il y'a eu l'abus. Donc là c'est déjà plus très simple, Et la dépendance, alors là c'est la maladie* ».

Il y a ceux qui ne découpent pas la période, mais qualifient la période de façon globale.

Enquêté 9 : « *C'est une période néfaste, c'est-à-dire que j'ai fait du mal. Ah ben, déjà par rapport à moi, pour moi, ça n'a pas d'importance. C'est par rapport à ma famille. Oui, beaucoup de mal parce que je ne m'estime pas. Ah, oui, oui, oui. Même encore à cet âge-là, je euh À présent, plus. C'est, c'est euh, non, non, j'ai dit, j'ai réussi bon, je laisse tout tomber, et pis euh donc On repart sur un nouveau... Ah non, moi je, non, non, je ne m'estime pas du tout. Oui.* »

Enquêté 10 : « *j'aimerais, j'aimerais la qualifier de perte de temps mais je la qualifierais plutôt de c'est une période neutre ou j'ai stagné...* »

Il y a ceux qui pour qualifier cette période parlent de leur comportement durant cette période

Enquêté 11 : « *ben, que j'étais bête. J'étais bien, j'étais idiot hein parce que en sachant maintenant qu'en était abstinent que c'était bien bête de ma part d'avoir perdu en étant déjà au chômage parce que j'ai perdu un peu mon travail à cause de ça à cause de l'alcool.* » Enquêté 19 : « *j'étais un gros con... ben, j'ai gâché une partie de ma vie. J'ai gâché une partie de quelque chose qui était merveilleux. Mais, par ignorance, pas par méchanceté, par ignorance. Et tout ça, j'ai réussi à reconstruire. J'ai réussi à le re faire.* »

Enquêté 20 : « *que ce soit mes enfants ou n'importe qui je leur ai toujours dit, je dis vous pouvez boire. Ça ne me dérange pas. C'est pas parce que moi Je suis tombé dans le tonneau, que vous n'avez pas le droit d'y tomber. Mais tomber dans le tonneau il y'a différentes solutions de tomber dans le tonneau. Dans le tonneau en abstinence, en buvant le week-end ou n'importe quoi et après s'arrêter, c'est un début aussi. Mais c'est pas provoqué. Une personne qui, par exemple, si je voyais ma fille ou mon fils qui boirait tous les jours, Je leur ferai une réflexion.* »

Enquêté 24 : « *de descente aux enfers avec l'alcool à manière de vivre et puis là j'exacerbée tout le monde j'étais dans l'agression permanente. Donc tout, tout à la rigueur pouvait m'ennuyer...* ».

22 : « *ma période d'alcoolisation c'est du gâchis parce qu'elle était beaucoup trop longue. J'aurais pu l'écourter bien, bien auparavant j'ai fait du mal autour de moi voilà je regrette. Malheureusement, je peux pas revenir derrière, voilà... (on est entre 2 salles ; des personnes passent, échangent aussi avec nous). Donc, c'était un gâchis euh si je pouvais retourner. On peut pas, je sais. C'est juste l'écourter au maximum, parce que j'aurais pu euh, et du coup arriver à l'abstinence bien, a, bien avant parce que c'est une abstinence qui était, pardon. C'était une alcoolisation trop longue c'est pour ça que je dis : on peut arrêter bien avant* ».

Certains vont parler du changement de type de consommation

Enquêté 5 : « *pour moi ça a été le passage d'un alcool festif à un alcool solitaire avec des quantités de plus en plus importante mal vécu et moi j'étais malheureux je me rendais compte que je buvais trop. J'avais pas de solution, voilà je voulais Boire en tout cas boire, je me rendais compte que j'avais un rapport pathologique à l'alcool et je voulais boire moi mais je savais pas trop bien exactement comment faire ? Et puis je me renfermais sur moi-même parce que mes copains de fête des 20 ans, passé 27 ans ils étaient passés à autre chose. Ils étaient rangés. Ils étaient en couple et Ben, moi je me retrouver de plus en plus tout seul quoi* ».

Enquêté 21 : « *ben, ce que je pourrai dire, c'est que c'est lamentable d'en arriver à ce stade parce que non, au départ c'était pas lamentable, mais on glisse tout doucement C'est, c'est pas brutal on, on y va tout doucement, on s'en rend pas compte ben, on a, on a toujours le besoin, le besoin suffit ben, qu'on, qu'on va dans une période alcoolique qui, qui, qui est importante, hein ?* ».

Il y a ceux qui ne regrettent pas leur alcoolisme.

Enquêté 6 : « *si je devais mettre un mot sur mon al (avec émotion), et ben, je ne regrette rien. Non je, je ne regrette pas mon alcoolisme. Pas du tout pas du tout je ne regrette pas parce que je suis d'abord, je suis devenue quelqu'un d'autre. Je suis devenue une autre personne avec...* ».

Il y a ceux qui ne veulent plus parler de la période.

Enquêté 7 : « *c'est du passé ben, ça fait partie de ma vie, mais c'est derrière moi quoi* ».

Nuage de mots uniquement

Concernant ce thème, nous pouvons retenir trois groupes de personnes : ceux qui ne regrettent par leur alcoolisme (trois personnes), ceux qui vont affecter des attributs négatifs à leur alcoolisme (quinze personnes) et ceux qui ne veulent plus parler de cette période (trois

personnes). Concernant ceux qui ne regrettent pas leur alcoolisme, « *Le passé est pour le malade alcoolique abstinent, une réalité reconstruite, pour emprunter les termes de Lahire .* ». Pour ces personnes, l'alcoolisme est vu plutôt de façon positive parce qu'ils ont connu des personnes, ils ont pu surmonter leur timidité, pu réaliser des choses parce qu'ils ont été alcooliques. Il y a ceux qui vont affecter des attributs négatifs à leur alcoolisme. Ils vont qualifier la période de négative c'est-à-dire de perte de temps, gâchés de temps, ils auraient pu réaliser des activités avec l'extérieur, se sentir à l'aise dans leur peau. Il y a ceux qui vont qualifier de façon neutre leur alcoolisme : c'est-à-dire qu'ils auraient pu réaliser des activités avec d'autres personnes, s'ouvrir à l'extérieur. Il y a ceux qui ne veulent plus parler de cette période. Ils la qualifient de passé. En sociologie, la question de l'histoire dans la construction de la vie d'un individu pour reprendre les termes de Jean Chesneaux présuppose la réponse à une autre question, l'étude des faits passés³¹⁴. C'est la dimension du temps, l'axe passé-présent à venir. Pour Jean Chesneaux, le passé fait partie du temps, et pour mieux comprendre la société, il vaut mieux considérer l'articulation du passé, du présent et de l'avenir, ne pas restreindre à un seul élément. Quelle est la vue de ces personnes sur leur articulation passé-présent-avenir ? Il est inutile de faire travailler ensemble des personnes qui n'ont pas la même vision de l'articulation du temps.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que concernant la première phase de la dépendance alcoolique, de façon générale, l'alcoolisme est une pathologie plurifactorielle. L'alcoolisme est une pathologie qui varie en fonction de caractéristiques liées au produit, à l'individu et à l'environnement³¹⁵. L'alcoolisation ne signifie pas systématiquement l'alcoolisme. Concernant la première phase de la dépendance alcoolique, l'adolescence est une période propice aux expériences sociales telles que la consommation de l'alcool pour diverses raisons : la fête, le cadre de consommation (la famille, les amis), l'imitation, la disponibilité du produit, l'amour du produit, la convivialité, le milieu professionnel, la soif, la dépression. Sur les neuf catégories

³¹⁴ Chesneaux, Jean. (Page consultée le 16 aout 2021). *L'axe passé/présent/avenir*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.persee.fr/doc/espat_0339-3267_1985_num_29_1_3239

³¹⁵ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003.

de raisons, nous en avons huit, qui sont de type dynamique. La majorité ont pris un deuxième verre après leur premier contact avec l'alcool. Dans l'ensemble, concernant la seconde phase, du premier verre d'alcool au deuxième verre d'alcool, les raisons citées par les malades alcooliques abstinents interviewés, sont le plus souvent : l'attrance par le goût du produit, l'approfondissement des effets de l'alcool, une meilleure connaissance du produit, la fête. Pour les besoins de l'étude, ce moment ne constitue pas forcément le point le plus important de l'histoire des malades alcooliques abstinents, c'est plutôt le moment où l'alcool est devenu un problème pour elles. Cependant, dans les discours des malades alcooliques abstinents, nous constatons la singularité de chaque histoire, au point où pour ceux qui aimaient déjà le produit, les logiques de recours à la consommation de l'alcool constituent autant des points forts de leur histoire. Cependant, pour d'autres ce seront leurs déclics, ou même les ressentis de l'entourage qui constitueront les points forts de leurs histoires. C'est dans ce sens que nous voyons clairement le rôle des malades alcooliques abstinents, car ils sont capables de ressentir la singularité de chaque patient, et donc d'être des aidants pairs pour d'autres malades alcooliques. En effet, dans les soins, plus particulièrement l'éducation thérapeutique, le vécu est aussi important que la méthode de soins employée, afin de comprendre par exemple les itinéraires thérapeutiques des patients, l'échec ou la réussite d'un traitement, l'inobservance des traitements.

Concernant la troisième et dernière phase, du deuxième verre à la dépendance, à la question de savoir à quel moment, l'alcool est devenu un problème pour les malades alcooliques interviewés, nous avons obtenu plusieurs réponses. Nous avons : les remontrances de la part de leur entourage, le fait d'avoir des moyens financiers, le lieu de consommation, la compagnie du moment, les mauvais rapports sociaux entraînés par la consommation, le mal à arrêter de consommer l'alcool, les problèmes liés à l'usage de l'alcool, le fait qu'ils ne soient plus à l'origine de la demande de la consommation d'alcool, l'âge, le chômage, la solitude, la succession de problèmes dont la perte d'êtres chers, penser à l'alcool le matin, trembler le matin, l'attrance par l'alcool, l'accentuation de la dépression, le fait de ne plus pouvoir faire des activités qu'ils faisaient avant, la présence d'une maladie, le fait d'avoir de folles conduites, le détournement d'usage de l'alcool, les manifestations de la dépendance alcoolique à savoir la perte du contrôle de la maîtrise de la consommation d'alcool. Parmi les éléments cités ci-dessus,

nous avons l'introduction de la variable irrationnelle, qui explique le renforcement de comportement déviants primaires, c'est la dépendance alcoolique elle-même. Hormis cette variable, nous avons les manifestations de la maladie alcoolique, à savoir surtout l'aide à la reconnaissance de la maladie, la présence des facteurs environnementaux, perpétuels, thérapeutiques et les conséquences de la maladie, qui montrent la présence de la maladie. C'est à croire que si la maladie ne se manifestait pas, les personnes ne verraient aucun problème en l'alcool. A la question de savoir les stratégies pour masquer leur consommation d'alcool, les réponses sont les suivantes: consommer en l'absence d'autres personnes buveurs ou non, des phrases qui reviennent souvent (je cachais partout, il y'en a partout, les alcooliques sont malins, masquer l'haleine, boire pour masquer l'haleine, l'usage d'autres pronoms que je (on, tu) pour parler des stratégies, l'imagination, la plainte quant à leurs attitudes, le fait que parfois l'alcoolisme ne se voit pas et le fait qu'au départ ils ne cachaient pas. Toutes ces attitudes portent le nom de déni. Les malades alcooliques ne manquent pas d'imagination comme eux- mêmes ils le relateront dans leurs discours. Toutefois, il y a d'autres personnes qui ne cachaient pas leur alcoolisme. A la question de savoir les ressentis de leur entourage, les réponses sont les suivantes: plus négatives, la visibilité des conséquences collectives et individuelles, l'isolement pour ne pas que la consommation se voie pas, pour ceux par contre dont le problème a été découvert, leurs proches leur ont offert leur aide, parfois la famille se sent démunie ; souvent il existe une part de complicité, la non-acceptation de l'alcoolisme, par les parents, malgré les stratégies, les parents le savent, et la famille s'est adaptée à leur alcoolisme, les amies de leurs conjoints encourageaient la séparation, les parents peuvent être dans le déni, puis ils essayent de comprendre la période que les malades alcooliques sont en train de traverser. La maladie alcoolique a des représentations négatives, en dépit des mesures de prévention qui sont faites, ce qui explique que des stratégies soient pensées pour les masquer. A la question de savoir si les malades alcooliques aujourd'hui abstinents se seraient reconnus comme malades alcooliques, au moment où ils étaient en difficulté avec l'alcool, la majorité ont répondu non. Les raisons pour ceux qui ont dit non sont : le mot alcoolique pose un problème, l'écoute, le déni, d'autres ne savent pas, boire n'était pas un problème, des trous de mémoire, d'autres se croyaient plus futés, ce sont les personnes qui boivent qui peuvent dire cela. D'autres personnes ne croyaient pas et cela était leur problème. Ceux qui ont répondu oui à la question ont affirmé

qu'ils ont senti, qu'ils savent et qu'ils se préparaient à cette question. Ceux qui ont répondu oui et non, pensent que l'alcoolisme peut arriver à tout le monde ; toutefois elle a eu plusieurs périodes dans sa vie qui pourraient justifier le non. L'étiquetage d'un comportement produit par la même occasion un auto-étiquetage face à ce comportement. En d'autres termes, si une personne a une image négative de l'alcool, elle aura elle-même une image négative d'elle lorsqu'elle tombera dans l'alcoolisme. A la question de savoir quelle est la différence entre aujourd'hui et avant, les réponses sont les suivantes : la conscience des « *dangers de l'alcool* », les dangers qui les guettaient, ce sont deux personnes différentes, tout a changé, la paix intérieure, les personnes d'aujourd'hui ont accepté leurs défaillances, elles apprennent à vivre, elles ont tout compris, elles ont arrêté de picoler, nous pouvons discuter avec elles. Pour sortir de l'alcoolisme, cela peut-être un véritable combat. L'arrêt de la consommation est un changement. En plus de celui-ci, quelque part il y a la restauration de tout ce qui avait "été volé" par la dépendance ; et puis il y a aussi une certaine reconnaissance de ces propres limites, qui étaient brouillées par la consommation volontaire ou non de l'alcool. A la question de savoir leurs mots pour qualifier leur période d'alcoolisme, certaines personnes vont découper la période, d'autres vont parler de leurs comportements ; tandis que certaines personnes ne regrettent pas leur alcoolisme et d'autres ne veulent plus parler de cette période. Raconter son passé, c'est relater les faits passés concernant son histoire. Cet exercice surtout devant des personnes extérieures est un exercice qui permet de reconstruire en quelque sorte le déroulement d'un évènement, comprendre les mécanismes qui ont abouti à cet évènement. Il est évident qu'il existe des signes précurseurs de la maladie : les tremblements au matin, l'augmentation de la consommation et de la fréquence. Le mode d'emploi de la maladie alcoolique étant le déni, en psychologie, il est important de pouvoir déceler ces situations, dialoguer, mettre en confiance. En principe tous les éléments que nous avons cité à la question à quel moment l'alcool est devenu un problème pour nous peuvent nous permettre de déceler ces situations à risque de consommation à haut risque de l'alcool. Bien sûr la problématique est différente en fonction des âges, du genre, parce que toutes ces personnes n'ont pas les mêmes problématiques de vie, ou priorités, ou objectifs de vie. Un enfant n'a pas la même vision de la vie qu'un adolescent. Bien sûr, il y a l'âge qui différencie, on a des enfants de plus en plus « *adolescents* », des adolescents de plus en plus adultes, et des adultes qui eux veulent toujours se rajeunir. L'enfant

apprend, l'adolescent voit certaines transformations physiques veut expérimenter les réalités sociales, donner un sens à son existence, l'adulte veut s'engager prendre des responsabilités, les personnes âgées ont fait leur temps et donc c'est un peu comme une période de retraite de la vie active mais pas de la vie social; chaque âge a donc ses réalités; les femmes sont vues comme le socle de l'éducation, les hommes comme les futurs chefs de familles; ce sont des représentations sociales existantes de ces âges et genres qui influencent aussi la consommation problématique de l'alcool à ces âges, ou les représentations sur l'alcool.

CHAPITRE III : PARCOURS D'ABSTINENCE DES MALADES ALCOOLIQUES

Introduction

Avant toute chose, nous préciserons quelques définitions ³¹⁶. Le parcours d'abstinence d'un malade alcoolique, à l'image de la définition du parcours de dépendance, est le chemin parcouru, l'ensemble des étapes traversées par l'alcoolique, pour atteindre l'abstinence ; sachant que l'abstinence de l'alcool est définie comme étant l'action de se priver de la consommation de l'alcool. ³¹⁷ Le réseau d'aide est formé à la fois de personnes physiques et/ou de personnes morales: parmi les personnes physiques, nous avons le malade lui-même qui est l'acteur de sa propre guérison, les membres de la famille, les amis, et les différents intervenants physiques (mis en évidence par les enquêtes), qui exercent dans l'accompagnement médico-

³¹⁶ Quand nous écrivons malades alcooliques abstinentes il s'agira de ceux que nous avons interviewés. Ainsi nous pourrions écrire simplement malades abstinentes au lieu de malade abstinentes interviewés.

³¹⁷ CNRTL. (Page consultée le 07 février 2022). *Abstinence*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>

Dupeu, Jean-Marc. (Page consultée le 07 février 2022). « *Abstinence : de la règle technique au principe économique* », dans : *Un travail de culture. Contribution à une métapsychologie de la technique analytique*, 2, sous la direction de Dupeu Jean-Marc. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « *Le fil rouge* », 2010, p. 9-54., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/--9782130579915-page-9.htm>

Lambrette, Grégory. (Page consultée le 07 février 2022). « *Entre addiction et abstinence une recherche d'alternatives ou la co-construction d'un problème accessible à une solution. Une application de la thérapie stratégique* », *Thérapie Familiale*, 2010/1 (Vol. 31), p. 49-64. DOI : 10.3917/TF.101.0049., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2010-1-page-49.htm>

Corcos, Maurice. (Page consultée le 07 février 2022). *Abstinence*, [En ligne]. Adresse URL : <https://carnetpsy.fr/abstinence/?list=1>

Il existe des théories liées à l'abstinence en général, et aux domaines, où manifestement, il existe un abus d'usage, ou un usage problématique de certaines substances ou activités. D'un point de vue général, la théorie ou la règle de l'abstinence stipule que, pour guérir en quelque sorte d'un plaisir ou d'un comportement problématique, il faut s'en priver ou se l'interdire. Cette théorie est d'abord apparue dans le but de résoudre des problèmes d'ordre alimentaire, ensuite sexuel, et enfin addictif. D'un point de vue théorique, c'est sûr que l'abstinence de l'alcool et l'abstinence sexuelle, ne nécessitent pas le même type de privation ; mais, dans les deux cas, il y a privation d'un plaisir soit alimentaire, soit sexuel. D'un point de vue théorique, en médecine, l'abstinence, comme la réduction contrôlée sont des objectifs de traitements des comportements dits problématiques. La théorie sur la relation patient-thérapeute stipule qu'une bonne relation entre le thérapeute et le patient doit reposer sur la communication ; c'est-à-dire que le thérapeute ne doit pas imposer un traitement au patient ; cependant, il doit plutôt s'enquérir auprès de ce dernier, s'il est lucide, de ses objectifs de traitements ; ce qui contribuera à la bonne marche du traitement de l'individu.

social des malades alcooliques³¹⁸ ; parmi les personnes morales³¹⁹, nous avons: les associations d'entraide aux personnes en difficultés avec l'alcool, les «dispositifs étatiques», les dispositifs médicaux³²⁰ et sociaux mis en place pour accompagner les malades alcooliques. Ce chapitre s'articulera autour de la question spécifique suivante : Quel est le parcours d'abstinence des malades alcooliques abstinentes enquêté ?

Dans un premier plan, nous utiliserons deux théories : celle de la salutogenèse et celle du projet, pour expliquer la notion de parcours d'abstinence. Nous mobiliserons d'autres théories dans un second plan pour expliquer les premières théories.

La théorie de la salutogenèse parle des différents facteurs qui contribuent à la santé de l'individu. Deux types de facteurs la constituent, les facteurs personnels et les facteurs sociaux, En lien avec notre thème, le fait que les malades alcooliques s'impliquent dans leur projet de soins, et que ce projet ne peut se faire sans eux, fait que leurs présences constituent, en quelque sorte « *un facteur personnel* ». Ce facteur interne conditionne leur santé. Quant aux facteurs sociaux, ils sont mis en évidence à travers les actions ou les sollicitations des intervenants en provenance de leur environnement.

La théorie du projet montre comment un projet se met en place et comment il se déroule. Nous retrouvons la notion de projet, dans plusieurs domaines, notamment l'éducation, la santé, l'école, pour ne citer que ceux-là. Selon Boutinet, le projet a généralement deux temps : le temps de « *Sa conception par un travail d'idéation* », et le temps de « *sa réalisation, par l'action* ». Dans le premier temps, l'individu réfléchit. Le malade met en place des actions. Il sollicite d'autres individus ou des institutions, pour concrétiser son projet. Un aspect collaboratif peut apparaître dans le parcours de soins du malade alcoolique. Dans un second temps, le travail de réalisation du projet va ensuite consister à concrétiser le projet. Le projet sera opérationnalisé, évalué et ajusté, au besoin. Ce projet peut se faire avec ou sans institution. Dans ce dernier cas,

³¹⁸ Joly, Thierry. *Entre sanitaire et social : L'intégration du malade alcoolique inscrit dans un processus de soins*, Mémoire présenté pour l'obtention de la Maîtrise de Sciences et Techniques Intervention et Développement Social et le Diplôme Supérieur en Travail Social. Université de Nantes U.F.R. Lettre et Sciences humaines, 2004, p. 26-28.

³¹⁹ Les institutions, les hôpitaux sont des structures qui ont une personnalité juridique. Dans ces structures, il y a des intervenants physiques

³²⁰ Parmi les dispositifs médicaux, nous avons : l'hôpital, le centre de cure, le centre de postcure pour ne citer que ceux-là.

on parle de changement naturel. Selon la théorie sur les stades du changement, la rechute est naturelle. Elle fait aussi partie du processus de guérison de la maladie. L'abstinence n'est pas donnée. Tout comme il existe un parcours de dépendance, il existe aussi un parcours d'abstinence. Des acteurs sont sollicités comme dans un parcours professionnel qui nécessite formations, formateurs, élève et domaine de formation. Véronique Le Bacon, médecin généraliste formée en addictologie, déclare : « Le chemin vers l'abstinence n'est pas une ligne droite ». Elle déclare encore : «*Pour s'en défaire, il n'existe pas de remède universel, certains patients auront besoin d'une seule cure, pour d'autres, il faudra plusieurs séjours.* »³²¹ Cette citation nous permet de montrer que l'abstinence est un chemin, un parcours jalonné de plusieurs étapes, et qui varie selon les individus. Dans le champ de la santé publique, l'intérêt de l'étude que nous menons est d'un double ordre préventif et pragmatique. En effet, au niveau des soins et même de la réparation de dommages liés à l'apparition de la maladie, les résultats de cette étude permettront au corps médical et au corps social travaillant dans ce domaine de prendre en compte certains éléments. L'intérêt est d'amener les pratiques à évoluer, s'il y a besoin et vu la théorie. Nous verrons comment la présence ou l'absence d'un intervenant influence le parcours d'abstinence des malades. Ces éléments permettront, de façon générale aux intervenants, d'ajuster les processus individuels et sociaux mis en place pour sortir de l'alcoolisme. Ce chapitre comporte plusieurs sections :

- Le déclic ou les déclics des projets de soins des malades alcooliques abstinentes interviewés pour sortir de la maladie alcoolique,
- Le projet de soins des malades alcooliques abstinentes interviewés pour parvenir à l'abstinence à l'alcool,
- Le classement du réseau d'aide par les malades alcooliques abstinentes interviewés,
- Les facteurs de maintien dans l'abstinence à l'alcool,
- Et leurs mots pour qualifier leur période d'abstinence.

I- Le déclic ou les déclics des projets de soin des malades alcooliques abstinentes interviewés

³²¹ Ouest France. (Page consultée le 26 octobre 2022). *Entretien. Alcoolisme : « Le chemin vers l'abstinence n'est pas une ligne droite »*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ouestfrance.fr/sante/addictions/alcool/entretien-alcoolisme-le-chemin-vers-l-abstinence-n-est-pas-une-ligne-droite7046543>

Le dictionnaire Larousse définit le déclic, comme étant : « *Ce qui provoque une réaction intellectuelle, psychologique...* ». Toujours selon le dictionnaire Larousse, le déclic se définit aussi comme étant le moment où cette réaction se fait. Donc, le déclic fonctionne comme un réveil. Ce réveil permet par la suite à l'individu de réfléchir à un phénomène, un événement, une parole, un texte écrit et de prendre une décision, puis de passer à l'action. Le déclic fait partie de la théorie des décisions.³²² À partir de cette théorie, nous pouvons retenir que le déclic fonctionne comme un réveil. C'est ce réveil, qui permet par la suite à l'individu de poser une ou des actions. En général, les déclics précèdent les actions, à l'instar des décisions. Vu qu'un projet de soins comporte une ou plusieurs actions à poser, de sa mise en place à son évaluation, il est fort possible qu'à la suite du déclic précédant le projet de soins, il y ait des déclics, durant ce projet, pour sa concrétisation. Ainsi, pour sortir de la maladie alcoolique, il est possible que le malade alcoolique ait des déclics, avant et durant son projet de soins, afin de le concrétiser. Quant à nous, nous parlons du déclic précédant le projet de soins. Certains n'ont qu'un seul déclic ; d'autres en ont plusieurs. Ces déclics les amènent à réaliser le mal qu'ils ont fait autour d'eux ou l'effet de l'alcool sur leur état de santé³²³. Plusieurs auteurs, notamment Sylvie Fainzang, Hughes Pentecouteau et Omar Zanna, nous parlent de la notion de déclic. Nous comprenons à travers les propos de ces auteurs, que le déclic peut être occasionné par des pertes ou des échecs répétés. En matière de pertes, selon Sylvie Fainzang, l'individu enregistre des pertes au niveau « *matériel (perte d'un emploi) ; affectif (perte d'un proche, divorce, accident)*

³²² Bêlorgey, Pascale, et Nathalie, Van Laethem. (Page consultée le 28 mars 2023). « *Outil 52. Le processus de décision* », dans : , *La méga boîte à outils du Manager leader*. Coordonné par Bêlorgey Pascale, Van Laethem Nathalie. Paris, Dunod, « *BàO La Boîte à Outils* », 2019, p. 162-165. URL : <https://www.cairn.info/la-mega-boite-a-outils-du-manager-leader--9782100795710-page-162.htm>

Cette théorie postule que : « *La plupart de nos décisions sont le fruit d'un processus en cinq étapes. De l'inconscience où seules les émotions peuvent nous guider à l'action provoquée par un déclic émotionnel, nous cheminons dans les étapes de la rationalité : clarifier ce que nous voulons, envisager plusieurs solutions avant d'en choisir une. Nous avançons plus ou moins vite selon les cas. Parfois nous restons bloqués, revenons en arrière, ou court-circuitons certaines étapes. Le neuropsychologue Antonio Damasio a démontré que si l'analyse rationnelle nourrit l'intuition, finalement, nous décidons avec nos émotions.*».

³²³ Pentecouteau, Hugues, et Omar, Zanna. *Un anonyme alcoolique. Autobiographie d'une abstinence*, PU Rennes, 2013, p. 173-174.
Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 107-108.

; *social et existentiel (perte de sa liberté)*. », du fait de sa maladie³²⁴. Ce sont ces pertes qui entraînent le déclic chez l'individu.

Selon Hughes Pentecouteau et Omar Zanna, le déclic n'est pas seulement favorisé par la conscience d'une perte et la souffrance occasionnée par celle-ci. Il peut être aussi favorisé par la conscience d'un échec (dû à la maladie alcoolique) et la souffrance occasionnée par celui-ci. Par exemple, au lieu de réussites, le malade alcoolique remarquera que la période où il consomme l'alcool est associée à plusieurs échecs. C'est la prise de conscience de ces échecs qui entraîne le déclic chez l'individu.

Nous pouvons comprendre, par ces définitions, que le déclic, en lui-même, n'est pas occasionné par la maladie alcoolique ; mais, le déclic naît en général de la prise de conscience de ces situations douloureuses, vécues par le malade.

Ces déclics peuvent provenir de l'individu où provenir d'autres personnes. En effet, certaines personnes peuvent observer quelque chose d'inhabituel dans le comportement du malade alcoolique, lui en parler. Cet échange peut constituer un déclic qui poussera le malade alcoolique dans un projet de soins de la maladie alcoolique.

Dans notre cas, nous considérerons comme déclic du projet de soins de la maladie alcoolique, le déclic que les interviewés auront eux-mêmes désigné, même si celui-ci est suivi de rechute. La phase d'idéation comprend le déclic du projet de soins et les actions qui seront mises en place pour le concrétiser. L'intérêt de cette section est de savoir : connaître l'événement initial ou les événements initiaux déclencheurs du projet de soins en prenant en compte la part des intervenants³²⁵. Les résultats permettront d'éviter de se concentrer uniquement sur le malade, mais aussi de son considérer son entourage pour son accompagnement. Nous procéderons pareillement pour la section future, la phase de concrétisation du projet de soins.

Cette section comporte quatre sous-sections :

³²⁴ Pentecouteau, Hugues, et Omar, Zanna. *Un anonyme alcoolique. Autobiographie d'une abstinence*, PU Rennes, 2013, p. 173-174.

Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 107-108.

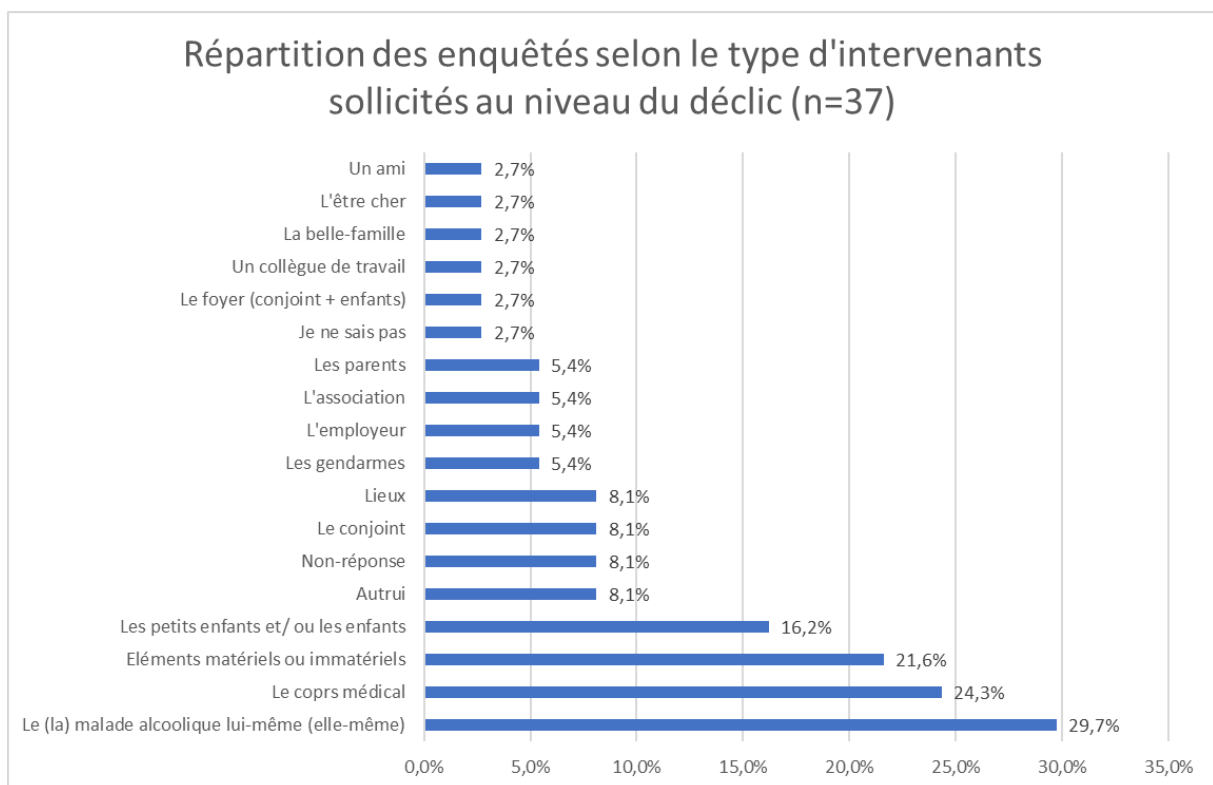
³²⁵ Les décisions peuvent être individuelles ou collectives. Quel que soit le type de décision, elle respecte l'ordre suivant : le fait de décider de décider, se donner un objectif, explorer les solutions, sélectionner une solution et transformer sa décision en action. Que ce soit dans le processus décisionnel, ou dans les stades du changement, le déclic précède l'action. Plus précisément, le déclic est ce qui pousse à l'action. C'est la motivation de la personne pour aller se faire soigner, pour reprendre les termes de l'enquête 16.

- Les profils des intervenants au niveau du déclic des interviewés,
- la répartition des interviewés selon l'origine des déclics,
- La répartition des interviewés selon le nombre de déclics,
- et la répartition des interviewés selon le type de déclics.

1- Les profils des intervenants au niveau du déclic des enquêtés

La notion de profil des intervenants au niveau du déclic des interviewés, consiste pour nous à définir les caractéristiques des différentes personnes physiques et/ou morales qui interviennent dans la mise en place du déclic des malades alcooliques.

Pour ce faire, nous leur avons posé précisément la question : « *Quel a été le déclic ?* ». Ce sont les réponses à cette question que nous analyserons.



Graphique 9- répartition des enquêtés selon les intervenants sollicités au niveau du déclic

Ce graphique nous montre la répartition des interviewés selon le type d'intervenants au niveau du déclic. Le type d'intervenant diffère du nombre d'intervenants. Il ne dit pas combien d'intervenants le malade a sollicités. Il renseigne uniquement sur le type d'intervenants sollicités lors du déclic.

De la lecture du graphique, il ressort dans l'ordre que :

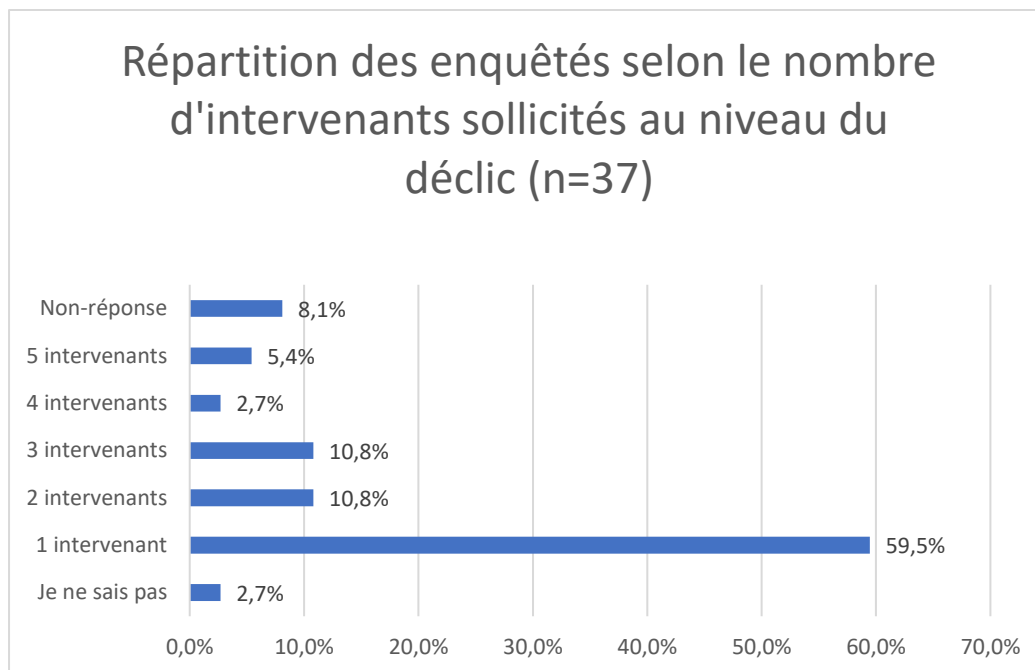
- Pour 29,7% des malades alcooliques abstinents interviewés, le (la) malade alcoolique lui-même (elle-même) a joué un rôle dans le déclic des malades alcooliques abstinents interviewés ; par exemple, l'interviewés 1 déclare : *« ay, ay, ay, c'était en 2006 après une grosse cuite... donc j'ai bu 30 bières Et puis le lendemain je me suis réveillé. J'ai pas, Je crois que j'ai passé, il s'est passé 1 jour ou 2, et j'ai déc, enfin ça me trottait pas mal dans la tête depuis quelque temps. J'ai décidé de, de, de, d'essayer d'arrêter quoi. J'ai contacté la Croix Bleue qui m'ont, qui m'ont dit ben, viens, on a une réunion euh... »*

- 24,3%, ont cité le corps médical (réseau secondaire de socialisation) : nous allons prendre l'exemple de l'interviewés 8. C'est une femme. Elle dit : *« c'est le docteur là parce qu'il, qu'il m'a dit que je buvais trop. »*

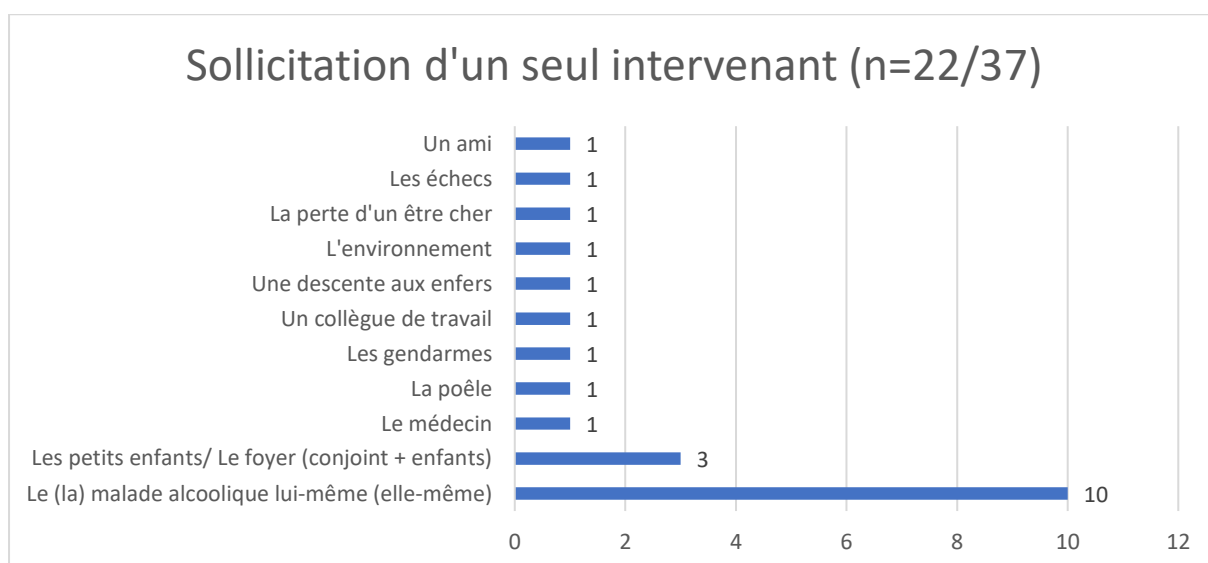
- 21,6% ont fait cas de présence d'éléments matériels ou immatériels : c'est le cas de l'interviewé 3, qui dit qu'il a eu *« Peur des diagnostics du médecin spécialisé »*, pour reprendre sa réponse ; il y'a aussi d'autres éléments comme : plus rien à boire, une descente aux enfers, des paroles, des images...

- 16,2% ont fait cas des petits enfants et/ ou les enfants (réseau secondaire de socialisation). Citons le cas de l'interviewé 7, qui déclare : *« ne plus avoir mes petits- enfants ben il nous les laissait jamais avant, parce que j'étais tout le moment chtt (saoul en fait) toujours pété. Alors que maintenant on les a. Ils sont à Épinal, sur la Loire, mais ils viennent, ils vont venir hein en vacances... »*.

Pour la plupart d'entre eux, ce n'est pas le réseau primaire de socialisation qui a joué un grand rôle, c'est plutôt le réseau secondaire de socialisation et le nombre d'intervenants. Pour comprendre ces résultats, il faudrait peut-être consulter les commentaires que les malades alcooliques abstinents interviewés font sur leur classification du réseau d'aide.



Graphique 10- répartition des enquêtés selon les intervenants sollicités au niveau du déclic



Graphique 11-Répartition des enquêtés ayant sollicité un seul intervenant pour leurs projets de soin de la maladie alcoolique

De la lecture du graphique ci-dessus, il ressort plusieurs résultats. La moitié des malades alcooliques interviewés (MAI) n'a eu besoin que d'un seul intervenant pour le déclic, pour aller

se faire soigner. Pour illustrer ce résultat, prenons le cas de l'interviewé 1. Dans sa réponse, il ne mentionne que le pronom « je », et des événements où il est le seul acteur en présence, dans la phase de déclic, précédant le soin : « ... après une grosse cuite... j'ai bu 30 bières... je me suis réveillé. J'ai pas, Je crois que j'ai passé, ... Et j'ai déc, enfin ça me trottait pas mal dans la tête depuis quelque temps. J'ai décidé de, de, de, d'essayer d'arrêter quoi. J'ai contacté la Croix Bleue qui m'ont, qui m'ont dit ben, viens, on a une réunion euh... ». Dans le cas d'un malade alcoolique ayant eu besoin de plusieurs intervenants dans sa phase de déclic, précédant le soin, nous pouvons citer celui de l'interviewé 4. Il déclare : « et l'a, l'accident oui m'a vraiment fait comprendre que... de l'accident, là il y a eu quelque chose quand même. Il y a eu, il y a eu choc. Il y a eu blessures..., que sur le point relationnel, avec mon épouse à l'époque. Ça s'est terminé par un divorce, mais après soin. ». Nous avons en présence deux intervenants, une personne anonyme, que nous nommerons, autrui et le conjoint.

2- La répartition des enquêtés selon le nombre de déclics du projet de soin

L'intérêt de cette section est d'ordre pratique.

Cet intérêt concerne la reconnaissance du stade auquel se trouve le malade alcoolique. Les résultats sur cette information permettront aux intervenants, d'identifier plus précisément, les éléments, du passage de la détermination à l'action. L'intérêt de cette information pour l'étude est de savoir si les malades alcooliques abstinents interviewés ont eu besoin de recommencer à plusieurs reprises, le processus décisionnel avant d'entamer le projet de soin. Ainsi, ces derniers pourront adapter leur discours, pour aider le malade alcoolique, à passer du stade présent au stade suivant.

Tableau 34-répartition des enquêtés selon le nombre de déclics

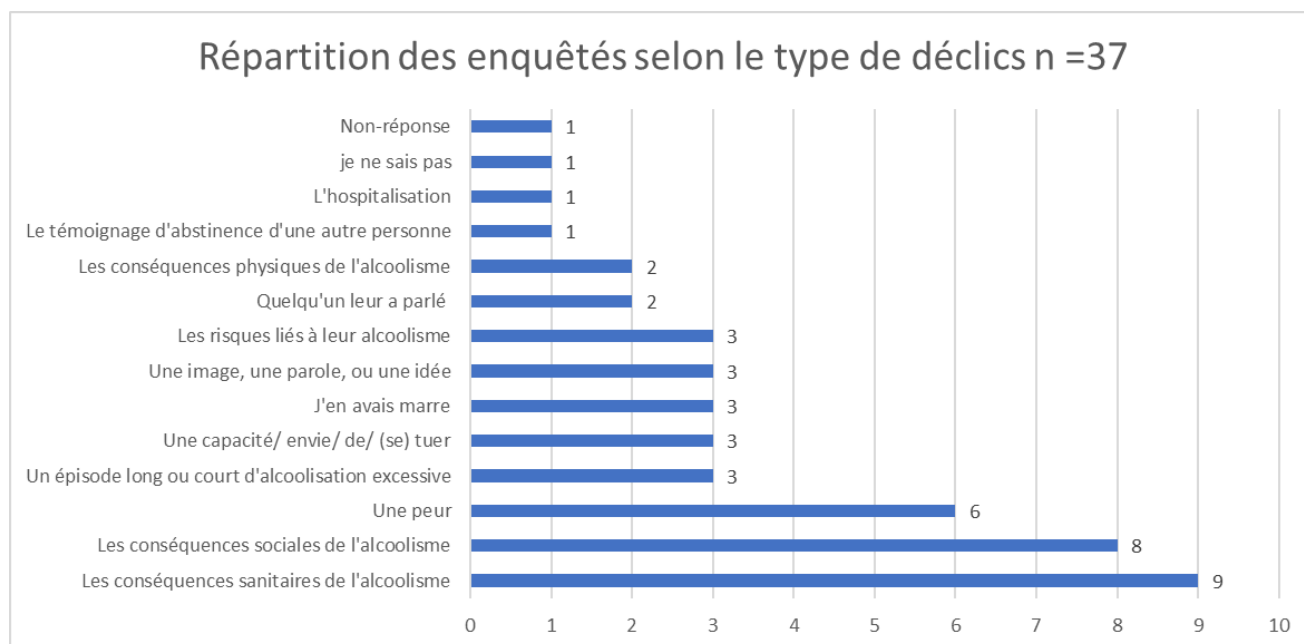
Déclic	Total (Fréquence absolue effectif: n=37) (ou	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Un déclic	29	78.4	29
Plusieurs déclics	6	16.2	35
Je ne sais pas	1	2.7	36

Non- réponse	1	5.4	37
--------------	---	-----	----

De la lecture du tableau, il ressort que 78.4% des enquêtés (29/37) n'ont eu qu'un déclic. Ainsi, la majorité des malades alcooliques abstinentes interviewés n'a pas eu besoin de recommencer plusieurs fois, le processus décisionnel avant d'entamer le projet de soins.

3- La répartition des enquêtés selon la forme du déclic du projet de soin

Comme résultats par rapport aux déclics précédant les projets de soins des interviewés, nous voulons voir la répartition des interviewés selon la forme de déclics, le nombre de ces déclics, le classement du réseau et leurs discours sur le rôle des intervenants dans ces déclics, les circonstances entourant ces déclics. À partir du nombre de ces déclics, nous voulons aussi montrer la répartition des interviewés, selon le type de passage d'un stade du changement à un autre. Ainsi, dans cette section, nous allons aussi devoir montrer le côté où l'intervenant n'a pas de prise sur ce genre de situation.



Graphique 12-répartition des enquêtés selon la forme ou le type de déclics

Nous allons décrire par fréquence d'apparition, les déclics des malades alcooliques abstinents interviewés, et à chaque fois, nous illustrerons le déclic par un extrait.

Pour 9 sur 36, leurs déclics ont pour origine les conséquences sanitaires dues à leur propre alcoolisme (8/36) et à l'alcoolisme d'autres personnes (1/36).

Interviewé 23 : *« il a été euh, j'ai eu 2 accidents de voiture dans ma vie le premier en 82 qui a conduit à mon invalidité qui a fait que j'ai arrêté de travailler et puis le deuxième, quand j'ai repris mon travail en 1985 j'ai été victime d'un accident parce que j'avais bu. Mais j'étais tout seul et c'est le fait que les gendarmes me prennent mon permis qui a été l'élément déclencheur... ».*

Interviewé 12 : *« Et puis je dis mais écoute, ça je peux pas te le dire mais ce qui est certain c'est que moi j'ai envie d'arrêter de boire moi parce que si je continue comme ça je vais me tuer. ».*

Pour 9 sur 36 interviewés, leurs déclics sont des peurs liées aux risques sanitaires et sociaux liés à leur alcoolodépendance, ou des risques liés à leur alcoolisme.

Pour 6 sur 36 interviewés, leurs déclics sont des peurs liées aux risques sanitaires et sociaux liés à leur alcoolodépendance.

Interviewé 13 : *« peur de la déchéance déchéance physique. Peur de tout perdre (foyer, enfants) »*

Pour 3 sur 36, leurs déclics ont pour origine les risques liés à leur alcoolisme.

Interviewé 7 : *« ne plus avoir mes petits-enfants ben il nous les laissait jamais avant, parce que j'étais tout le moment chtt (saoul en fait) toujours pété... ».*

Pour 8 sur 36, leurs déclics ont pour origine les conséquences sociales de l'alcoolisme (sanction sociale ou par les entrepreneurs moraux).

Interviewé 11 : *« euh, ah ben, quand j'étais arrêté en 2005 à par les gendarmes hein ».*

Pour (3/36), leurs déclics ont pour origine un épisode momentané consommation excessive d'alcool (une cuite) ou un long épisode de consommation excessive d'alcool (une descente aux enfers).

Exemple de cuite

Interviewé 1 : « ... ay ay ay, c'était en 2006 après une grosse cuite... donc j'ai bu 30 bières Et puis le lendemain je me suis réveillé. J'ai pas, Je crois que j'ai passé, il s'est passé un jour ou deux, ».

Exemple de descente aux enfers

«

- ah ben, ça a été une descente aux enfers dans mon dernier boulot. Je suis tombée, enfin c'est compliqué. C'est un peu un parcours de vie chaotique. Alors c'est un peu compliqué

- Étape³²⁶ 1 : Euh j'avais réussi à me fixer en étant sobre de drogues dures. J'ai commencé par des petits boulots tout ça, stable dans des petits boulots. Et après je me suis fixé pendant 10 ans, presque 10 ans... et à partir de là j'ai changé de travail Sur les conseils de mon directeur d'agence de l'époque.

- Étape 2 : Et là je suis tombé sur un patron qui m'a pas fait de contrat, qui n'a pas tenu ses promesses, qui était un fou furieux. Je devais diriger des gens qui dormaient dans une caravane, des intérimaires pour lui, qu'ils dormaient dans la caravane À côté de la plate-forme logistique. Et là j'ai commencé à boire, à reboire...

- Étape 3 : là je me suis mise à boire pendant le travail, en cachette, les grosses canettes de bières pas cher, dans le sac. Et puis comme ils en achetaient pour les Polonais, ben je buvais celle aussi des Polonais quoi. Voilà, et donc là ça a été le début de la fin.

- Étape 4 : j'ai tenu deux ans. Le gars il ne voulait pas me licencier. Moi je ne pouvais pas démissionner, Sinon je perdais tout. Je n'avais pas le droit au chômage. J'avais pas d'argent de côté. Et finalement, on a convenu d'une rupture conventionnelle à l'amiable.

- Étape 5 : Je me suis retrouvé au chômage. Alors là j'ai bu plus que de raison. J'ai eu un accident, sous alcoolisation. Donc moi j'ai été prise. J'étais fautive. Ce n'était pas très grave. Mais quand même avec le recul, j'aurais pu tuer quelqu'un. Là j'ai eu de la chance. Et moi

³²⁶ Larousse. (Page consultée le 28 mars 2023). Étape, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/etape/31313>

Le terme étape désigne « le fait de s'arrêter en un lieu au cours d'un voyage, d'un parcours, etc., pour prendre du repos avant de repartir... ».

L'épisode de cette cuite est long. Nous utilisons le mot étape pour signifier que cet épisode comprend plusieurs scènes, plusieurs stades où la personne va s'arrêter et elle va commencer des nouvelles choses ; donc le mot étape, c'est pour désigner en fait ses débuts et ses arrêts au niveau de son parcours. Pour bien comprendre le terme étape nous illustrons avec l'étape un : nous pouvons dire au début de l'étape un, elle avait fait ça ; à la fin de l'étape 1, elle a fait ceci.

j'avais donc de l'alcoolémie dans le sang. Alcooltest positif, et là j'ai mis un an avant de comprendre que j'avais un problème. J'ai eu un retrait de permis, la totale.

- *Étape 6 : Et au bout d'un an, il a fallu que je repasse une prise de sang, et pour récupérer mon permis et là je me suis rendu compte que j'étais incapable de boire pendant un mois pour avoir une bonne prise de sang. Et là je me suis dit putain mais tu as un vrai problème avec l'alcool quoi là ça a été la vraie prise de conscience que j'étais alcoolique, que c'était comme avec les drogues dures à l'époque, voilà ».*

Pour 4 sur 36, leurs déclics partent des échecs répétés et/ ou rechutes, pour se maintenir dans l'abstinence.

Interviewé 26 : *« euh, c'est, euh, c'est, c'est comme je l'avais dit hein, c'est j'en, j'en, j'en avais marre d'en avoir marre parce qu'à un certain moment, voilà, le cumul, le cumul. Euh, je savais tout sur la maladie alcoolique ».*

Enquêté 27 : *« Le déclic ça a été la paire de gifles. Et puis, le déclic ça a été, quand j'ai rechuté et que je m'en suis rendue compte. Mais, je suis pas venue tout de suite ; non, parce que j'étais pas ici. Et donc, et j'avais rechuté encore une seule fois quand mon mari était parti chercher un ami à Beach un ami qui venait de Centre Afrique, un prêtre et puis j'avais du travail. Je devais nettoyer la maison. Je devais nettoyer sa chambre et seulement, j'arrivais pas. Et donc, là j'ai pris justement un peu d'eau de vie avec ; j'en ai bu deux verres d'eau de vie avec, j'avais pris du jus d'orange enfin coca, ce que j'avais ; et, c'était très parfumé. Et donc, ils l'ont senti. Et après j'ai dit je me suis dit non, c'est pas possible. Et puis, j'étais surveillée (Elle rigole), et finalement, j'ai téléphoné au Aa... ».*

Enquêté 32 : *« Je me suis rendu compte de l'absurdité de cette vie, les échecs professionnels. Ben, j'ai raté une promotion. (Moi : ah, dans votre domaine ? D'accord. Est-ce que c'était la première promotion que vous ratiez ?) Non (Moi : non mais pourquoi cette fois où vous avez raté la promotion raté À ce moment ça vous a parlé de vouloir vous soigner ?) parce qu'on commençait à dire autour de moi que je buvais un peu trop (Moi : ah d'accord. Mais avant on le disait pas?) on ne le disait pas non. Ben, j'en ai parlé à mon médecin soignant, qui m'a envoyé faire une cure de désintoxication carrément. Et puis à la sortie de H, j'ai fait une poste cure, qui a duré trois mois ; et puis après la postcure, ben, j'ai recommencé. Et voilà, pfff j'ai été malade pour de bons, j'ai fait une hémorragie cérébrale, voilà. Bon, alors c'est pas*

compliqué. Comme chaque fois que j'allais faire une cure, je recommençais, je me suis dit quand j'étais à l'hôpital pour me rétablir, ben, c'est peut-être le moment de ne pas recommencer. Et voilà, j'ai tenu... »

Pour 3 sur 36, leurs déclics partent d'une image, une parole ou d'une idée qu'ils ont en tête. Le déclic de l'interviewé 12, par exemple, part d'une parole qu'il s'est dite en lui-même. Nous citons : *« Espèce de merde, quand je me regardais dans la glace, je voyais une merde. Oui, moi-même, voilà, je me suis engueulé. Un jour quand je me suis regardé dans la glace, j'étais à la limite clochard. Si tu veux à quelques semaines près, je terminais sur les ponts de W hein. Je tombais toujours malade. Je n'allais plus au boulot. J'étais bourré du matin au soir et du soir au matin. Je voyais plus clair, ben, si tu veux (M donc et tu te disais jamais espèce de merde avant ?) Non, non (M : mais, cette fois-ci, tu t'es dit espèce de merde) Voilà ; non, j'ai pas été voir de médecin ; j'ai jamais été voir de médecin du tout ; il y avait à l'époque des club vie libre. Il y avait un endroit qui s'appelait sans al, sans alcool. Et on m'avait dit...Et comme tous les malades alcooliques, on est de mauvaise foi. Je téléphonais quand j'étais sûr de ne pas avoir de réponse. À minuit, y'a personne qui te répond ? (Je ris) c'était pour me donner bonne conscience. Je trichais avec moi-même, hein, et puis un jour, j'ai arrêté de tricher M (je lui coupe la parole) donc bien avoir après dit espèce de merde, mais quand même tu continues à tricher quand même ? Eh bien, je viens de te dire. L'espèce de merde que je devenais, je voulais plus de, plus le voir... »*. Après, pour reprendre ses termes, il y'a tout un processus qui s'est mis en route. Tout s'est fait tranquillement selon lui, une fois qu'il avait compris cet élément. Il avait finalement compris quelle était la réelle cause de la maladie alcoolique, sa dyslexie. Il buvait pour cacher sa maladie. Une fois cette vérité découverte, il n'en voulait plus à personne. Pour 3 sur 36, leurs déclics ont pour origine les risques liés à leur alcoolisme (conséquences sociales).

Enquête 7 : *« ne plus avoir mes petits-enfants ben il nous les laissait jamais avant, parce que tout le moment chtt (saoul en fait) toujours pétée... »*.

Pour 2 sur 36 interviewés, ce sont des personnes qui leur ont parlé. Cela les a poussés à aller se faire soigner.

Enquête 15 : *« c'est un collègue de travail qui m'a, qui m'en a parlé. Il m'a dit écoute ton comportement a changé. Tu dois avoir un problème avec l'alcool. »*.

Pour 2 sur 36, leurs déclics sont issus des conséquences physiques de leur alcoolisme.

Enquêté 19 : « *Espèce de merde quand je me regardais dans la glace, je voyais une merde oui, moi-même, voilà, je me suis engueulé un jour quand je me suis regardé dans la glace, j'étais à la limite clochard. Si tu veux à quelques semaines près, je terminais sur les ponts de W hein je tombais toujours malade. Je n'allais plus au boulot. J'étais bourré du matin au soir et du soir au matin. Je voyais plus clair, ben, si tu veux* ».

Pour une personne sur 36, son déclic vient du témoignage de l'abstinence d'un de ses amis.

Enquêté 35 : « *j'avais un copain qui c'était qui faisait partie de la Croix bleue à l'époque qui S'était arrêté même pas comment je vois pas le système je connaissais pas vraiment...* ».

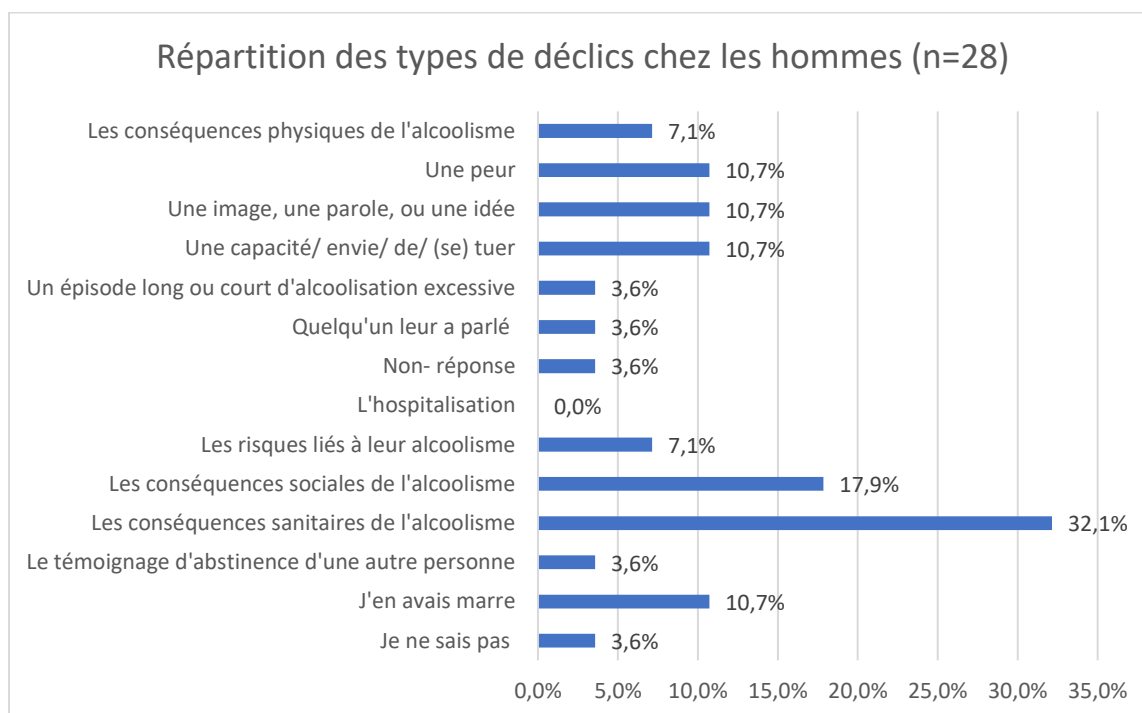
Pour une personne sur 36, son déclic vient de son temps de cure, son hospitalisation.

Enquêté ³²⁷ : « *... ben moi le changement a été la cure hein. C'est ça hein Voilà, une fois, que j'étais loin de, de. Bon mes enfants, c'est ma sœur, qui les, j'en avais 3 hein qui me les a gardés et tout. Mais comme j'étais loin euh là-bas, j'ai quand même, je me suis dit qu'est-ce que je viens faire ici ? Et puis quand j'ai vu toutes ces, bon, on était que des femmes donc, j'ai vu, j'ai dit bon, je suis pas toute seule à avoir bu. Mais, je n'acceptais pas, je dis, quand je sortirai d'ici c'est sûr que je pourrai reboire vu que je serai guérie, c'est ça. Mais malheureusement. Non, non, non, ben le déclic, je l'ai, quand je suis, quand même, quand j'étais en cure hein parce qu'après je savais pourquoi j'étais en cure, pourquoi. Mais mon déclic à moi, il a été, je sais pas si c'est un déclic. Quand j'ai mis le pied euh, quand je suis descendue des escaliers, parce que c'était près de l'hôpital bon secours à Metz ; on avait une pièce en bas. Je suis arrivée là. Je suis la première femme à Metz qui suis venue en réunion malade alcoolique, hein, à la CB. Voilà (on rit). Y'avait des dames, on était 8 ou 9, y'a des dames. Mais, elles accompagnaient leurs maris hein. Voilà. Et, je, je, ben 40 ans alors ma, euh L (elle cite le nom de son amie) ou on était devenue très amies, et L, elle a, elle m'a pris par la main, comme on dit. Elle m'a dit bon, X, moi, je vais avoir besoin de vous. On se vouvoyait à l'époque. Maintenant, on se tutoie parce que l'amitié est grande. Euh, je vais avoir besoin de vous. Voilà, quand je vais voir des malades, je vous appelle et vous venez avec moi, voilà. Et comme je dis, elle m'a pris, elle m'a emmené partout avec elle. J'allais voir tous ces gens-là. J'allais, alors*

³²⁷ *Retranscription ubiqus IO*

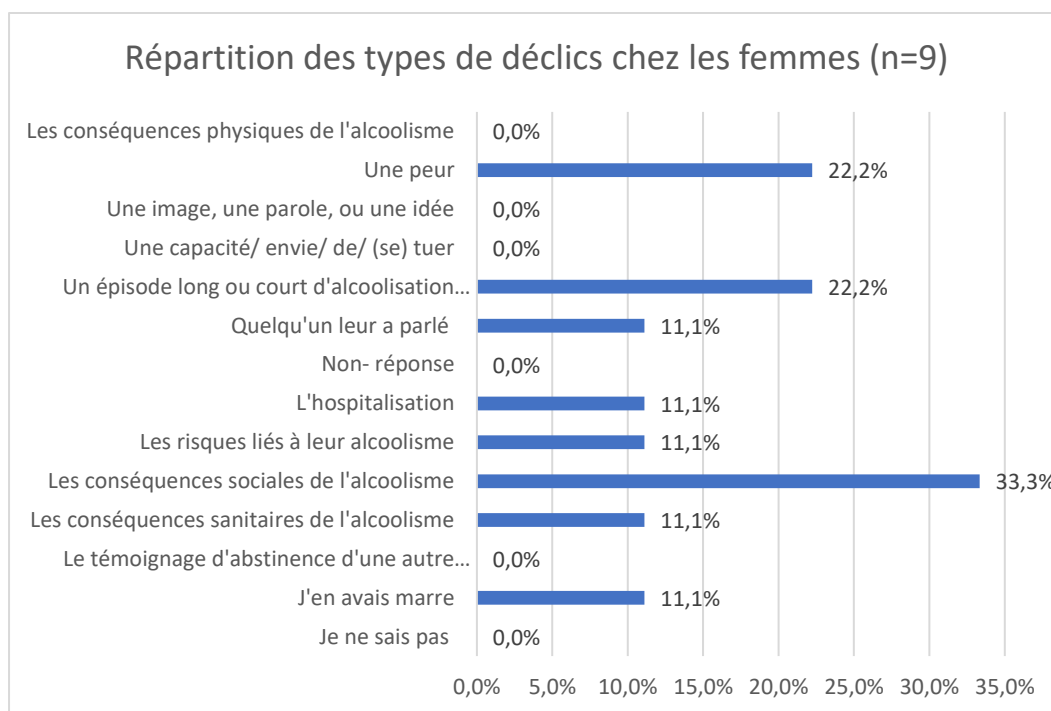
en plus, quand j'allais voir, surtout les femmes, euh, je pouvais leur raconter mon, mon histoire. Donc euh, c'est de là qu'elle dit, que j'ai dit et aujourd'hui : ben, elle me donne la main, je l'accompagne. Je viens vous voir parce que vous êtes, je veux m'en, »

Nous voulons aussi voir le type de déclics par genre. L'intérêt de ce résultat est d'affiner le message de sensibilisation auprès de chaque public³²⁸.



Graphique 13-Répartition des types de déclics chez les hommes

³²⁸ Ministère de la santé et de la prévention. (Page consultée le 27 octobre 2022). *L'addiction à l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>



Graphique 14-Répartition des types de déclics chez les femmes

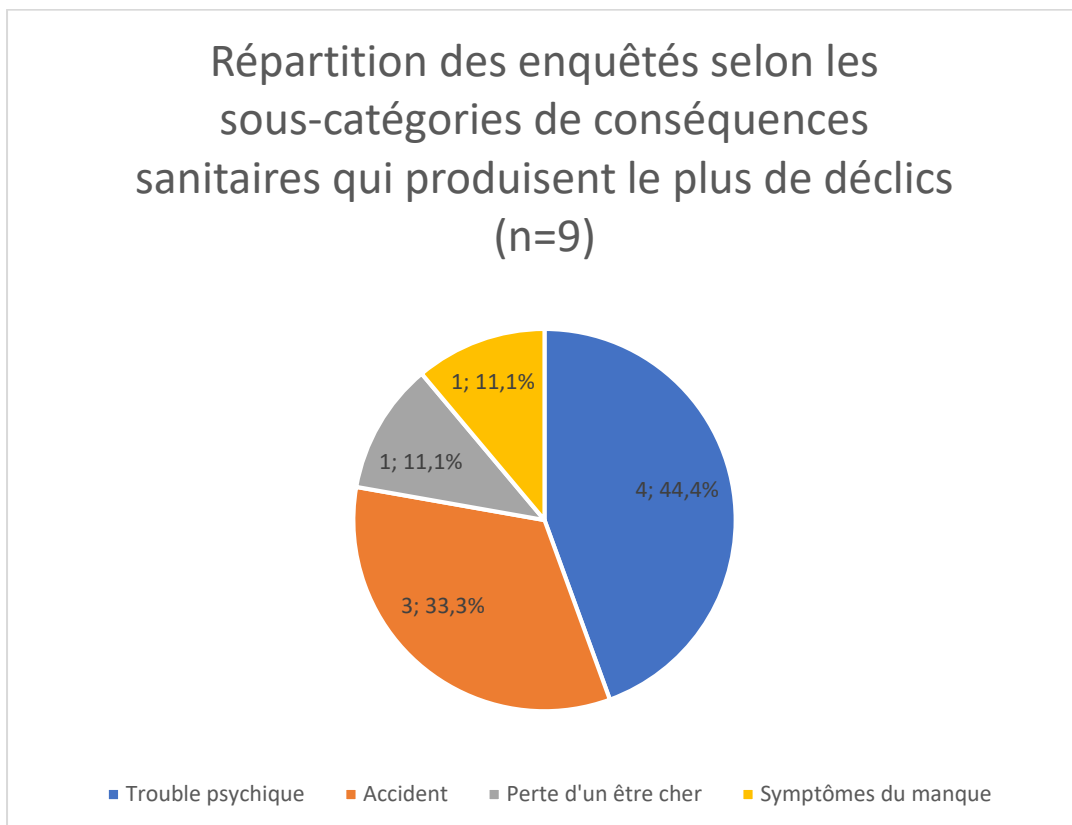
De la lecture de ces deux graphiques, il ressort que les déclics chez les hommes et chez les femmes proviennent en général des conséquences de l'alcoolisme.

En particulier, chez les hommes, d'abord viennent les conséquences sanitaires (32,1 %), ensuite, les conséquences sociales (17,9 %) et enfin, le fait « *d'avoir marre* » de cette souffrance due à l'alcool (10,7 %).

En particulier, chez les femmes, d'abord viennent les conséquences sociales de l'alcoolisme (33,3 %), ensuite un épisode long ou court de consommation excessive d'alcool (22,2 %), enfin une peur liée aux conséquences de l'alcoolisme (22,2 %). Ces scores chez les hommes et chez les femmes confirment que ce n'est qu'au stade des conséquences que les buveurs semblent prendre conscience de leur consommation problématique d'alcool, et veulent s'arrêter. C'est à ce niveau que s'opèrent les déclics. Ils ne se réveillent qu'à ce moment parce que l'alcool non seulement est un produit de consommation courante, mais il fait aussi partie du patrimoine culturel. Consommer de l'alcool est donc culturellement ancré dans la société. De ce fait, il est difficile d'en posséder une perception négative, jusqu'à ce que sa dangerosité soit visible au travers des conséquences perceptibles ou possibles d'apparaître. En revanche, nous notons une

sensibilité plus précoce, qui déclenche les déclics chez les femmes, par le degré du déclic. Les déclics des femmes proviennent de cuite ou de peurs, en d'autres termes d'événements qui n'ont pas encore atteint le stade de conséquences, mais qui toutefois les alertent sur leur consommation.

En général, lorsque nous prenons l'ensemble des interviewés, ce sont les conséquences sanitaires de l'alcoolisme qui produisent le plus le déclic.



Graphique 15-Répartition des enquêtés selon les sous-catégories de conséquences sanitaires

Les sous-catégories de conséquences sanitaires qui produisent le plus le déclic proviennent de troubles psychiques.

II- Le projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés, pour parvenir à

l'abstinence à l'alcool³²⁹

Notre objectif est de mettre en évidence, les différentes étapes du parcours d'abstinence de chaque individu. Le parcours de l'alcoolisme vers l'abstinence évoque la notion du changement, c'est-à-dire le passage d'un état A à un état B ³³⁰. Dans notre cas, ce changement est le passage de l'alcoolisme à l'abstinence³³¹.

Le changement est une notion utilisée dans plusieurs disciplines. On parle de : changement climatique, de comportement, d'adresse, de métier, pour ne citer que ceux-là.

Dans le domaine des addictions, Carlo DiClemente et James Prochaska, psychologues du changement, ont proposé un modèle transthéorique du changement, encore appelé modèle des stades du changement. Selon ces auteurs, l'individu passe par « *une série naturelle* » et ordonnée, chronologique, de stades de changement. Le changement est un phénomène naturel chez l'être humain.

Le passage d'un stade du changement à un autre varie selon les individus. Ce passage peut se faire de façon cyclique ou anarchique.

³²⁹ Guerrin, Brigitte. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Projet de soins* », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 317-318. DOI : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0317., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-317.htm>

CNRTL. (Page consultée le 01 mars 2022). *Projet*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/projet>

Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le projet de soin par les professionnels, pour les patients*, [En ligne]. Adresse URL: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

Légifrance. (Page consultée le 01 mars 2022). *Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1)*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000720668>

Ministère des solidarités et de la santé. (Page consultée le 01 mars 2022). *Les activités médicales et soignantes*, [En ligne]. Adresse URL: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-santemedico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-activites-medicales-et-soignantes>

Légifrance. (Page consultée le 01 mars 2022). *Code de la santé publique*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044317163

³³⁰ Rhéaume, Jacques. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Changement* », dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Toulouse, Érès, « Questions de société », 2016, p. 67-74. DOI : 10.3917/eres.barus.2016.01.0067., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749206851-page-65.htm>

³³¹ Idem.

La balance décisionnelle de Janis et Mann nous montre que la connaissance des avantages et des inconvénients d'une situation peut aider l'individu à prendre une décision. Dans ce cas, le changement repose sur le savoir³³².

Cette théorie est intéressante, nous verrons plus tard les stades que les malades traversent difficilement ou facilement.

Olivier Vassal nous montre aussi que le changement a un effet sur la motivation, en d'autres termes le changement peut aider une personne à s'engager dans une voie plutôt que dans une autre. En rapport avec les approches théoriques des décisions, le changement peut être dû à des facteurs externes ou internes. Le changement peut être subi ou intentionnel³³³. Le changement peut affecter un individu ou un groupe d'individus. D'une part, le modèle transthéorique du changement permet au thérapeute d'identifier le stade de l'individu. D'autre part, il lui permet d'adapter son discours pour que la personne passe au stade suivant.³³⁴

³³² Levavasseur, Edith. (Page consultée le 01 mars 2022). L'entretien motivationnel pour préparer le changement, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.analysedespratiques.com/wpcontent/uploads/2017/05/Lentretien-motivationnel2.pdf>

Vassal, Olivier. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Que change le changement ?* », *L'Expansion Management Review*, 2007/1 (N° 124), p. 96-103. DOI : 10.3917/emr.124.0096., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2007-1-page-96.htm>

³³³ Rio, Jean-Luc. (Page consultée le 01 mars 2022). *Formation 2.0, gestion de projet, l'avenir de la décision, management 2.0 L'individu face au changement*, [En ligne]. Adresse URL: <https://riojeanluc.com/2021/08/19/lindividu-face-au-changement/>

Heitz, Jean-Michel. (Page consultée le 01 mars 2022). « *La décision : ses fondements et ses manifestations* », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2013/1 (n°5, vol. 2), p. 106-117. DOI :10.3917/rimhe.005.0106. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-1-page-106.htm>

Chambon, Olivier, et Marie-Cardine, Michel, (Page consultée le 01 mars 2022). « *Chapitre 2. Le patient* », dans : *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*, sous la direction de Chambon Olivier, Marie-Cardine Michel. Paris, Dunod, « *Psychothérapies* », 2014, p. 37-58. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/---page-37.htm>

Vassal, Olivier. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Que change le changement ?* », *L'Expansion Management Review*, 2007/1 (N°124), p.96-103. DOI :10.3917/emr.124.0096., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2007-1-page-96.htm>

³³⁴ Intervenir Addictions. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le cercle de Prochaska et Di Clemente*, [En ligne]. Adresse URL: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

EM CONSULTE. (Page consultée le 01 mars 2022). *L'évaluation des stades de changement dans les addictions*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.em-consulte.com/article/752748/evaluation-des-stades-de-changement-dans-les-addi>

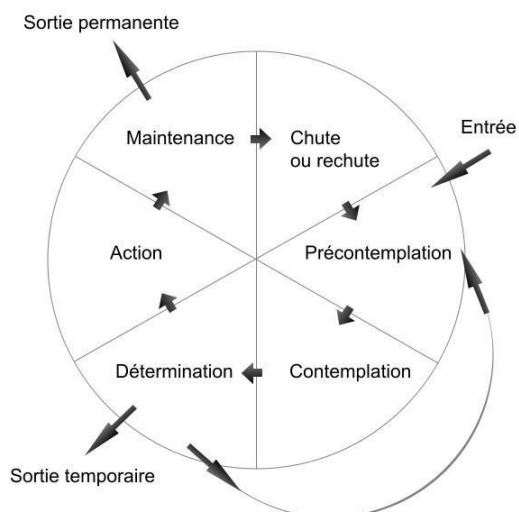


Figure 7-Modèle des stades du changement³³⁵

Tableau 35-Balance décisionnelle³³⁶

Si je ne change rien		Si je change mes habitudes	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

³³⁵ Intervenir Addictions. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le cercle de Prochaska et Di Clemente*, [En ligne]. Adresse URL: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

³³⁶ De Sousa, Carla, et autres. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions. The link between motivations and insight in the management of addictions* », *Psychotropes*, 2011/3-4 (Vol. 17), p. 145-161. DOI : 10.3917/psyt.173.0145., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2011-3-page-145.htm>

AIPVR - Service de santé au travail de Valence et région. (Page consultée le 01 mars 2022). *Document salarié, balance décisionnelle de Janis et Mann*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.aipvr.com/balance-decisionnelle-janis-mann>

Il existe plusieurs types de projet : scolaire, professionnel, thérapeutique, de recherche, de vie, de soins pour ne citer que ceux-là.

D'un point de vue théorique, quel que soit le type de projet à réaliser, Le Borgnic Carmen souligne que, selon Jean-Pierre Boutinet, anthropologue, le projet comporte trois aspects, opérationnel, temporel et méthodologique³³⁷.

Le premier aspect, qui touche à l'aspect opérationnel, évoque le fait que le projet comporte des acteurs et des actions à poser.

En effet, Jean-Pierre Boutinet, définit le projet comme étant une « *intention opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré* ». Pour lui, l'intentionnalité et l'opérationnalité sont indissociables dans un projet.

Le deuxième aspect concerne l'aspect temporel. Celui-ci met en évidence, le fait que le projet comporte plusieurs périodes,³³⁸ en particulier deux temps.

Selon Boutinet, le projet comporte en général deux temps : celui de « *sa conception par un travail d'idéation* », et celui de « *sa réalisation, par l'action* »³³⁹.

Pour le philosophe Ernst Bloch, le projet possède trois temps : un premier temps, la formulation de l'idéal, un deuxième temps le retour sur la réalité et, un troisième temps, la formulation du point d'arrivée des étapes³⁴⁰.

Selon Patrick Lefèvre, le projet est un support pour le changement, dans la mesure où, non seulement, au-delà de simples descriptions d'actions, de réels changements sont formulés, envisagés sur divers plans ; mais, aussi, s'engager dans une démarche de projet, favorise la

³³⁷ Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le projet de soin par les professionnels, pour les patients*, [En ligne]. Adresse URL: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

³³⁸ Larousse. (Page consultée le 23 octobre 2022). *Temps*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238>
Le temps se définit comme étant : « *Chacune des phases successives d'une opération, d'une action* ». L'un des synonymes de ce terme est étape.

³³⁹ Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le projet de soin par les professionnels, pour les patients*, [En ligne]. Adresse URL : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

³⁴⁰ Gacoin, Daniel. (Page consultée le 9 mars 2023). « *Représentations et concepts* », dans : *Conduire des projets en action sociale*. Sous la direction de Gacoin Daniel. Paris, Dunod, « *Santé Social* », 2010, p. 53-62. URL : <https://www.cairn.info/conduire-des-projets-en-action-sociale--9782100552351-page-53.htm>

construction du changement. La formulation d'un projet, selon cet auteur, favorise l'entrée dans le changement. Selon Gacoin, le projet comme garantie, constitue une démarche positive, dans la mesure où lors de la démarche de construction, il y a réalisation effective d'un document, qui engage les acteurs. Les signataires mettent en place un cahier des charges qui englobe la formulation d'objectifs ainsi qu'un engagement volontaire effectif des deux parties. Le projet peut être évalué, ce qui démontre l'objectivité du projet. Le projet peut être aussi appréhendé sous l'angle de repères. Sous cet angle, il y a un point de départ, qui sera travaillé sur l'objet des engagements et la marge des règles initiales et des données d'une situation ; et un point d'arrivée l'accomplissement effectif du projet. Les sociologues qualifient le processus qui permet de réajuster le projet, en cours de route de destruction créatrice, concept de l'économiste Denis Schumpeter.

Le projet possède une dernière dimension, l'indispensable dimension pratique ou pragmatique. En effet, la démarche d'un projet consiste en un temps de réflexion, puis d'expérimentation. Il s'agit de se remettre de façon constante en question, « *penser à écrire des propositions, éclairer la démarche par un plan de réalisation.* »

Selon Boutinet, le projet a trois caractéristiques majeures :

1. L'exemplarité : c'est le degré d'innovation du projet ; un projet est innovant lorsqu'il n'est pas banal ; il s'éloigne du quotidien ; on recherche un « inédit idéalisé ». On apporte du sens au projet.
2. L'opérativité : un bon projet doit être opérationnel, c'est à dire qu'on doit pouvoir le réaliser concrètement. Pour se faire, il a besoin d'être éclairé par une communication intense portant sur les tenants et les aboutissants du projet permettra de mettre en lumière son caractère indispensable ainsi que la réalisation possible de celui-ci,
3. La pronominalisation : cela veut dire que le projet est toujours lié à un acteur bien identifié qu'il soit individuel ou public³⁴¹.

La méthodologie, troisième aspect du projet, englobera toute méthode choisie et utilisée pour parvenir à sa réalisation, son aboutissement. Le projet comporte plusieurs étapes. Nous en retiendrons deux :

³⁴¹ Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). Le projet de soin par les professionnels, pour les patients, [En ligne]. Adresse URL : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

- L'élaboration du projet : qui recouvre une partie diagnostic de la situation et une partie initiale analyse,

- La mise en œuvre du projet : qui comporte la réalisation du projet et son évaluation³⁴².

Le projet est un outil approprié pour l'hôpital. En effet, plusieurs acteurs intervenant dans son suivi, le Projet Personnalisé (PP)³⁴³ du patient permettent de mettre en évidence la coordination des équipes pluridisciplinaires, ainsi que l'implication de chaque partie, ce qui implique celles des acteurs médico-sociaux, celle du patient et de sa famille. La mise en œuvre d'un projet permet de donner une réponse plus complète au patient. Son approche globale et les partenariats mis en place s'avèrent plus efficaces que des interventions isolées d'acteurs qui ne communiquent pas entre eux. En effet, il y a plusieurs acteurs. La notion de projet est intéressante, parce qu'elle met en évidence, l'implication et la coordination des interventions de tous les intervenants, dans un domaine donné. La mise en œuvre d'un projet permet de donner une réponse plus complète au patient, que s'il s'agissait d'interventions isolées d'acteurs³⁴⁴.

Boutinet, et Paul Valéry notent³⁴⁵ les dérives possibles du projet.

³⁴² Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). Le projet de soin par les professionnels, pour les patients, [En ligne]. Adresse URL: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

³⁴³ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (Page consultée le 02 avril 2023). *Lois et règlements faisant référence à la notion projet de / pour la personne accompagnée par un établissement ou service social et médico-social*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (Page consultée le 02 avril 2023). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les attentes de la personne et le projet personnalisé*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

³⁴⁴ Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). Le projet de soin par les professionnels, pour les patients, [En ligne]. Adresse URL: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

³⁴⁵ Boutinet, Jean-Pierre. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Évaluation des projets* », dans : Jean-Pierre Boutinet éd., *Psychologie des conduites à projet*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « *Que sais-je ?* », 2014, p. 99-110., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/psychologie-des-conduites-a-projet--9782130627487-page-99.htm>

Boutinet, Jean-Pierre. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Pathologie des conduites à projet* », dans : Jean-Pierre Boutinet éd., *Psychologie des conduites à projet*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « *Que sais-je ?* », 2014, p. 111-118., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/psychologie-des-conduites-a-projet--9782130627487-page-111.htm>

Ce sont :

1. Le déni de projet : pour lui, c'est lorsque le projet est à dominante prescriptive. En effet, le projet est une réflexion commune ; le déni de projet apparaît lorsque ceux qui pensent ou qui élaborent le projet sont mis plus en avant, que ceux qui doivent exécuter le projet. Dans notre cas, cela pourrait donner lieu à un projet de soins, où le médecin non seulement n'identifie pas clairement son rôle, dès le départ, au patient ; mais aussi n'adresse pas le malade à ses collègues spécialistes ; il y a un manque de communication,
2. L'injonction paradoxale³⁴⁶ ou contradictoire est le fait de se retrouver dans une double contrainte ; en réalité, on se trouve en face de deux supérieurs qui nous demandent des choses contraires
3. Le totalitarisme de la conception planificatrice : « *la conception devient prédominante sur la réalisation* » c'est-à-dire qu'elle ne laisse pas la place à l'écart et à l'improvisation
4. Le technicisme des procédures, ou le projet est réduit à une succession d'objectifs
5. Une importance trop grande accordée aux résultats par rapport aux phases de conception et de réalisation ;
6. Le projet comme leurre, c'est-à-dire commencer un projet avec des objectifs trop ambitieux
7. Le culte de l'autosatisfaction, un projet qui est centré sur soi, qui ne prend pas en compte les autres, où l'individu se prend pour son propre idéal
8. L'activisme hypomaniaque, le fait de se lancer dans une multitude d'initiatives
9. Le projet alibi qui au lieu de modifier un système de pouvoir en place, qui est peut-être nocif ou à améliorer, tend à le renforcer, en dissimulant les régulations anciennes.
10. Et le projet par mimétisme, type clé en mains qui ne tient pas compte du contexte.

Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). Le projet de soin par les professionnels, pour les patients, [En ligne]. Adresse URL : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

³⁴⁶ Les Échos. (Page consultée le 01 mars 2022). *Comment faire face à des injonctions contradictoires ?* [En ligne]. Adresse URL : [https://www.lesechos.fr/2014/01/comment-faire-face-a-des-injonctions-contradictaires-269501#:~:text=Les%20injonctions%20contradictaires%2C%20dites%20aussi,spontan%C3%A9\(e\)%20!%20%C2%BB.](https://www.lesechos.fr/2014/01/comment-faire-face-a-des-injonctions-contradictaires-269501#:~:text=Les%20injonctions%20contradictaires%2C%20dites%20aussi,spontan%C3%A9(e)%20!%20%C2%BB.)

Carmen montre que le projet est : « *indissociable de l'acteur (agissant, subissant, initiant) ...* »

Boutinet montre le rôle phare que l'acteur joue dans le projet de soin. Cette section est pragmatique. Son intérêt est de connaître les actions posées par les enquêtés et de déterminer les méthodes qu'ils ont utilisées pour atteindre leurs objectifs.

Les discours des enquêtés sur leurs parcours de soins montrent que ces parcours sont remplis de détails non négligeables : paroles, images, évènements, pour ne citer que ceux-là, qui contribuent à la construction de ce parcours.

Cette section comprend plusieurs sous sections qui sont les suivantes :

- l'aspect opérationnel du projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés,
- l'aspect identitaire de ces projets,
- et l'aspect méthodologique de ces projets de soins.

1-L'aspect opérationnel du projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés

Cet aspect met en évidence les différents acteurs de ce projet et les actions posées concrètement, pour parvenir à l'abstinence du malade alcoolique. Les questions qui ont été posées pour recueillir ces informations sont les suivantes :

« Votre parcours d'abstinence s'est fait : a) Au sein d'une institution b) Au sein de plusieurs institutions ? Si oui, lesquelles ? Citez ; racontez-moi votre projet de soin :a) Quel a été le déclic ? b) quel a été votre projet de soin, pour donner suite à ce déclic ? »

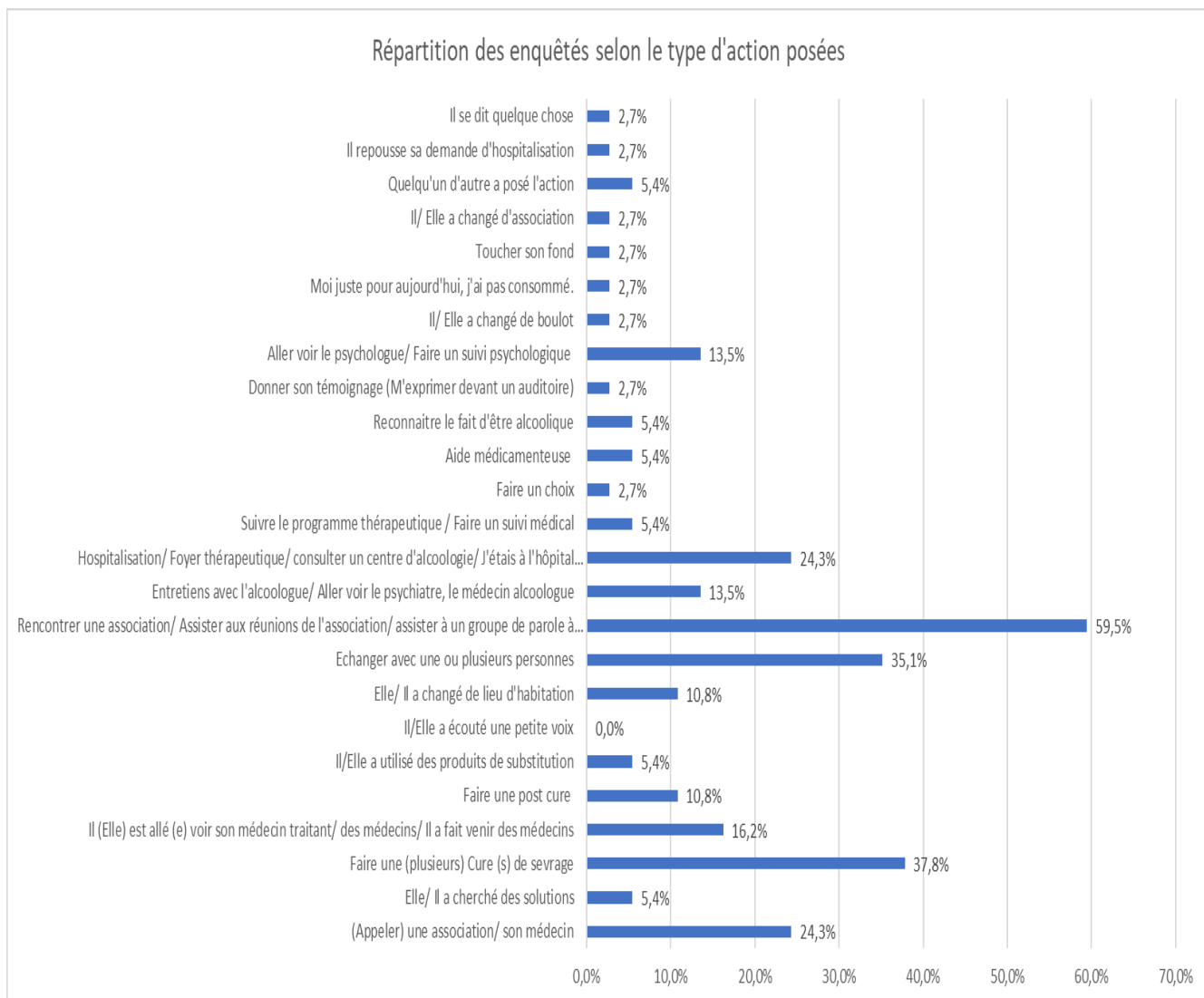
Pour rappel, nous avons dit dans l'introduction du chapitre, au niveau des théories, que dans le projet de soins, le malade alcoolique pose plusieurs actions pour parvenir à l'abstinence. Les motifs qui nous ont poussé à étudier cette catégorie de variables, sont de deux ordres, théorique et pragmatique. Il est nécessaire qu'ils acquièrent les stratégies et les compétences nécessaires, pour l'accompagnement de ces malades. Cette formation nécessite plusieurs éléments, notamment : savoir faire un diagnostic des besoins des malades alcooliques ; une évaluation des interventions existantes destinées aux patients, et un ajustement³⁴⁷ de celles-ci selon les

³⁴⁷ Le réajustement peut être une adaptation, une amélioration ou une création d'une nouvelle intervention, tout simplement de l'intervention.

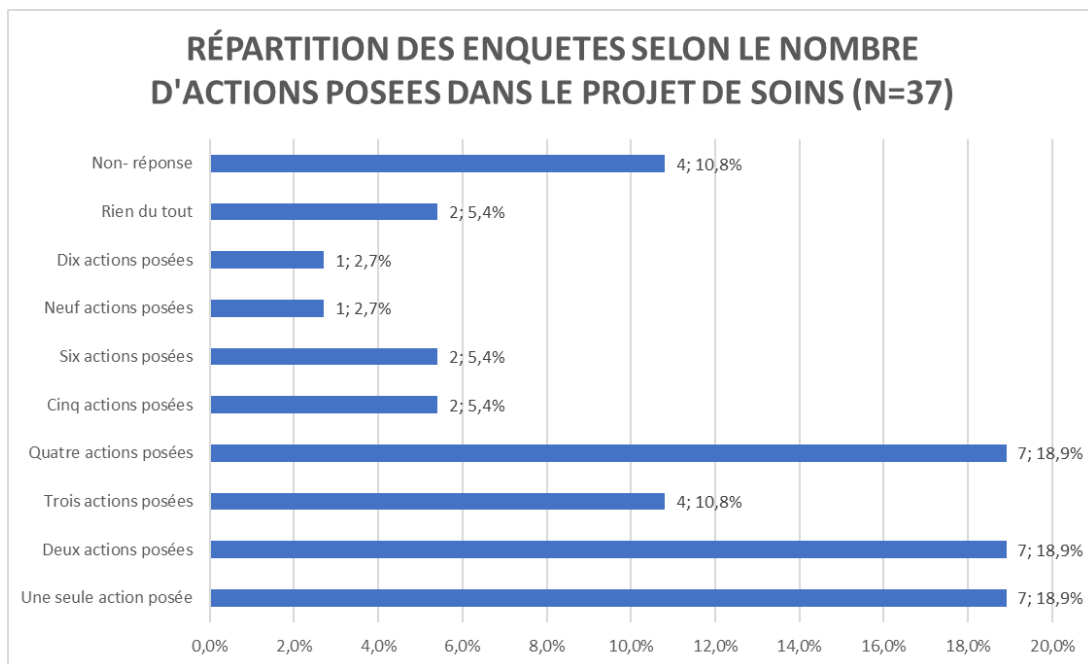
besoins spécifiques à chacun. Cet ajustement se base sur des données scientifiques³⁴⁸, issues de la recherche. Au niveau pragmatique, les témoignages recueillis auprès des malades alcooliques abstinents interviewés, sur l'aspect opérationnel de leurs projets de soins, serviront de partages d'expériences, à leurs pairs. Comme résultats, nous voulons voir le type d'actions posées, le nombre d'actions posées, l'enchaînement de ces actions, la part des intervenants, et la forme du cycle du changement.

³⁴⁸OMS. (Page consultée le 9 mars 2022). *Rapport sur la santé dans le monde 2002, réduire les risques et promouvoir une vie saine*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_fr.pdf?ua=1

Reynaud, Michel. (Page consultée le 9 mars 2022). « 20. *Un nouveau paradigme : la réduction pragmatique des risques et des dommages* », dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « *Traités* », 2016, p. 183-192., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-page-183.htm>

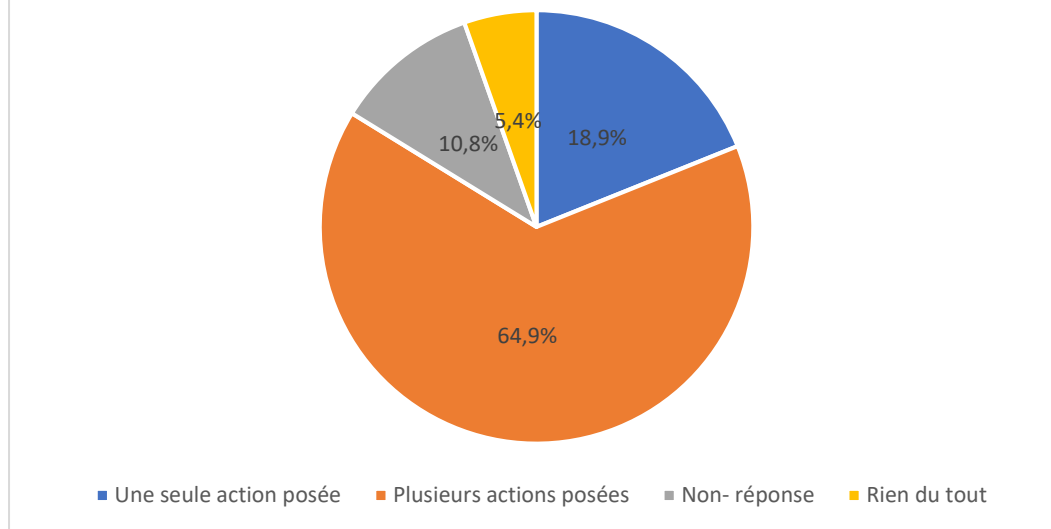


Graphique 16-Répartition des enquêtés selon le type d'actions posées dans le projet de soins

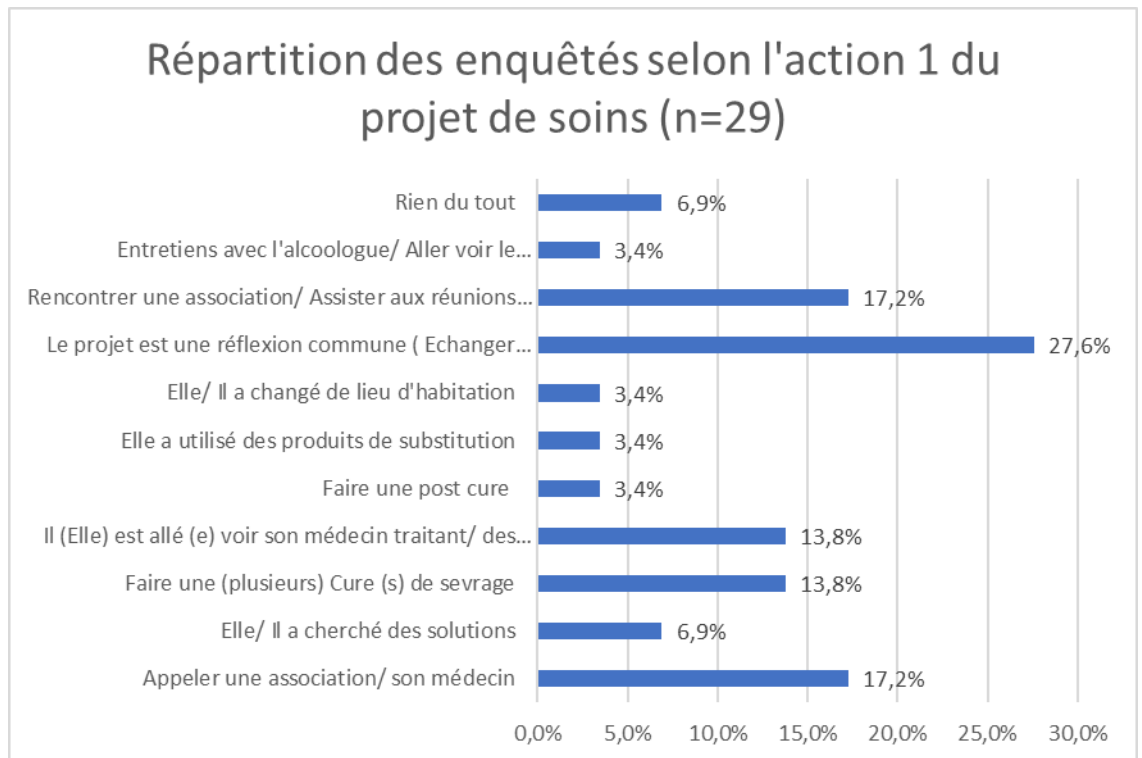


Graphique 17-Répartition détaillée des enquêtés selon le nombre d'actions posées dans le projet de soins

RÉPARTITION DES ENQUETES SELON LE NOMBRE D'ACTIONS POSEES DANS LE PROJET DE SOINS



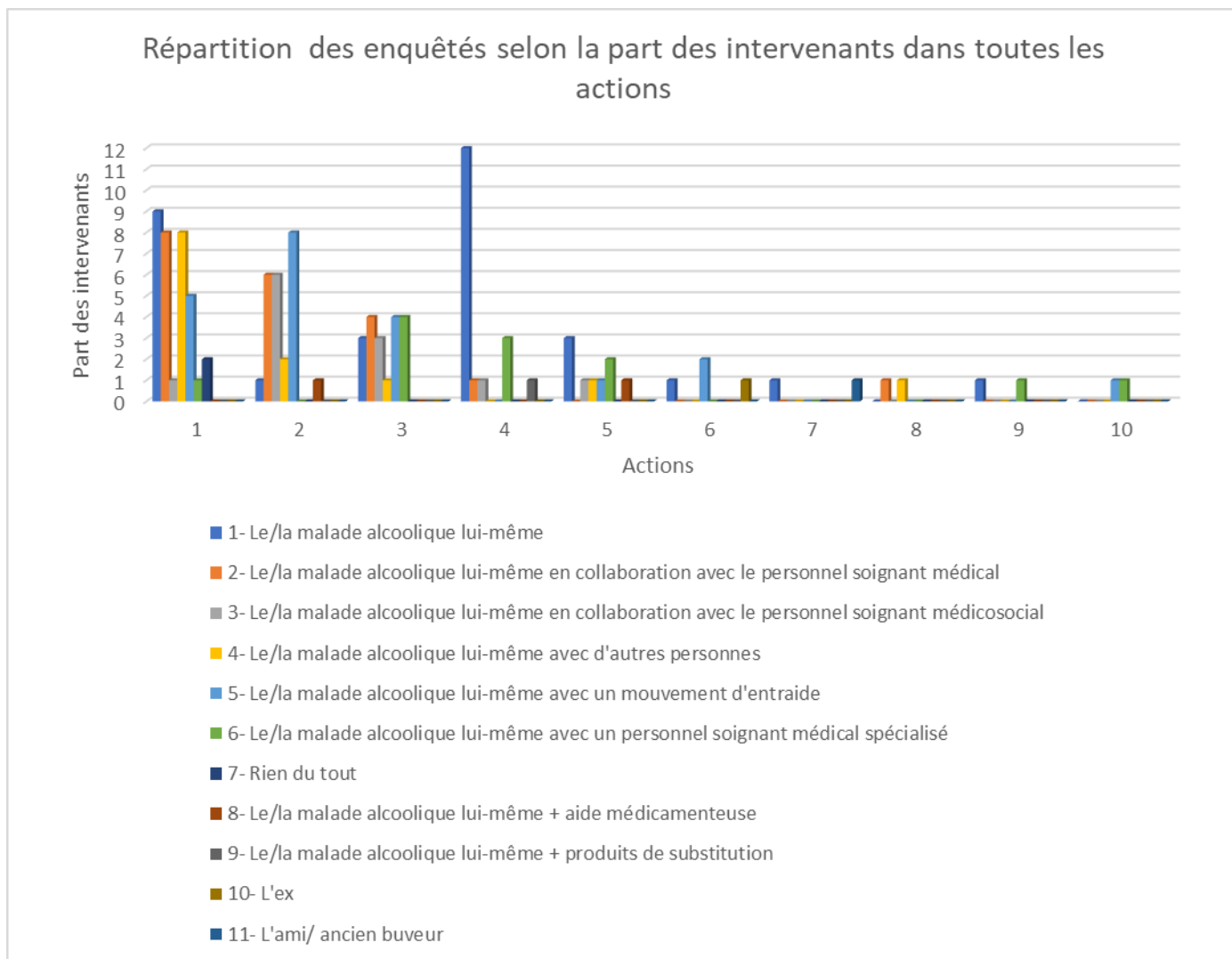
Graphique 18-Répartition des enquêtés selon le nombre d'actions posées dans le projet de soins



Graphique 19-répartition des enquêtés selon l'action 1 du projet de soins

Tableau 36-Répartition des enquêtés selon l'action la plus citée par ordre numéral des actions posées

Numéro de l'action	Action la plus réalisée
Action 1	Le projet est une réflexion commune (Échanger avec une ou plusieurs personnes/ Solliciter de l'aide)
Action 2	Faire une (plusieurs) Cure (s) de sevrage
Action 3	Faire une (plusieurs) Cure (s) de sevrage
Action 4	Rejoindre une association
À partir de l'action 5, jusqu'à l'action 10	Toutes les actions sont réalisées avec la même fréquence d'apparition.



Graphique 20-Répartition des enquêtés selon la part des intervenants

Tous ces graphiques nous montrent les actions posées par les malades alcooliques abstinents interviewés à la suite des déclics. Nous avons quatre graphiques et un tableau qui nous montrent respectivement :

- 1) La répartition des enquêtés selon le type d’actions posées dans le projet de soins,
- 2) La répartition détaillée des enquêtés selon le nombre d’actions posées dans le projet de soins,
- 3) La répartition des enquêtés selon le nombre d’actions posées dans le projet de soins,
- 4) La répartition des enquêtés selon l’action 1 du projet de soins
- 5) Le répartition des enquêtés selon l’ordre de sollicitation.

De la lecture du graphique 1, il ressort que nous avons 25 types d'actions posées par les malades alcooliques abstinentes interviewés, pour donner suite aux déclics.

La lecture des graphiques 3 et 2 nous montre le nombre d'actions posées. Le graphique 3 nous montre que 18,9 % n'ont posé qu'une seule action. 64,9 % ont posé plusieurs actions. Le graphique 2 nous montre que 7 enquêtés ont posé une action ; 7, deux actions ; 4, trois actions ; 7, quatre actions ; 2, cinq actions ; 2, six actions ; 1, neuf actions et 1, 10 actions. Ce nombre part de zéro, rien du tout à 10. Ainsi, le cas minimal est de 0 et le cas maximal de 10.

Nous allons montrer l'enchaînement de ces actions : d'abord pour un enquêté qui n'a posé qu'une seule action, ensuite pour un enquêté qui a posé plusieurs actions et enfin pour l'ensemble des enquêtés.

Par exemple, l'enquêté 21 qui n'a posé qu'une seule action, répond : « *Une cure de sevrage, oui, trois jours, trois jours ; donc, pendant trois jours-là, j'avais donc, des, des gouttes et gouttes ; une espèce de, je sais pas ce que c'est comme produit. Enfin, c'était tout. Et après, bon ben, euh, je suis devenu abstinent.* ». Voici illustré, un cas minimal d'actions posées, pour donner suite au déclic.

Nous allons montrer à quoi ressemble un cas maximal, en évoquant la réponse de l'enquêté 33.

Enquêté 33 : « *Action 1 : ... Alors, j'ai mis 3 mois à m'arrêter par des entretiens avec l'alcoologue hein, qui était un jeune alcoologue, d'ailleurs très sympa ;*

Action 2 : et puis un, une aide médicamenteuse très légère, pour éviter les névroses (je n'entends pas bien), etc. C'était pas du valium. C'était, je sais plus comment ça s'appelait ? J'oublie le nom. Mais enfin, c'était un substitut du, du gardenal c'est-à-dire un calmant, en gros, hein ; et ça s'était bien passé. J'étais même étonné. Au bout de 3 mois, j'ai dit bon ben, il n'y a plus de problème, au revoir monsieur, etc... Mais après terminé. Hein, je me suis dit, je me suis dit bon ben ça va, tu ne bois pas. Tu n'as pas de problème avec tes parents. Tu es content. Bon, j'étais plus avec ma femme à ce moment-là. C'était même une période assez longue de solitude. Ma femme, on était séparé depuis longtemps. J'ai eu divers ménages, si on peut dire. Et euh, le problème, c'est que ça s'est terminé par une déprime, mais une déprime diagnostiquée. Alors, je suis assez dépressif de tempérament. Mais, là j'arrivais plus à bosser.

Action 3 : J'arrivais plus, je dis, je change de boulot.

Action 4 : (A défaut d'être ou j'avais peur) d'être gardé par institution et j'ai été soigné dans ma déprime par les médicaments. Alors, j'ai goûté aux antidépresseurs, machins et trucs, et ça, ça ne m'a pas trop arrangé je trouve hein.

Action 5 : Après, je suis tombé sur un psy assez sympa qui m'a aidé. Oui, oui, oui et puis alors après je me sentais vraiment bien au bout de 5 ans, je dis ça va bien, tout ça. Je prends plus de médicaments. Je suis dans un boulot qui me plaît. Ben, je vais pouvoir reboire normalement. Et puis pendant 10 ans, ça été comme ci, comme ça, jusqu'à la rechute finale. Eh bien, très irrégulier c'est-à-dire qu'il y'a des moments où je me sentais bien. Je re picolais comme quand j'étais ados etc. sans trop de risque. Mais, après je faisais, ça se dégradait. C'est la 2ème période d'alcoolisation qui a pas été dramatique tout de suite mais ça c'est variable selon les personnes

Action 6 : et ben là c'était, les six derniers mois, quand j'ai vu, que ça, que ça s'accélérait, et puis que je n'arrivais plus à modérer ma consommation, alors, j'ai, j'ai donc repris contact, puisque je connaissais le machin. C'est le médecin qui a dit bon : "Il faut faire quelque chose".

Action 7 : Donc, j'ai repris le contact avec le service, qui avait évolué aussi. Et j'avais rendez-vous avec donc une alcoologue.

Action 8 : Et puis de temps en temps, je voyais le psychologue. Mais, ça fonctionnait pas. Et, et j'ai pas, j'ai pas été inscrit dans un groupe à l'époque groupe de parole.

Action 9 : Je suis allé une fois ou deux. Mais, je me demandais de quoi il parlait quoi ? je ne me sentais pas comme eux. Ben, je leur ai dit mais je n'étais pas au point d'être hospitalisé

*Actions 10 et 11 : Il a fallu que je fasse une crise de manque, que je sois repris alors par mon copain qui lui commençait à avoir du métier, comme ancien buveur ; qui était d'ailleurs prévenu par mon ex : "attends L (son nom) il est en train de plonger". **

Action 12 : Il a repris contact avec moi. Je n'étais même plus en état de le téléphoner. Mais, j'avais quand même le cerveau qui fonctionnait pour ma survie. Mais, je n'arrivais plus, je n'arrivais plus à rien. Je n'arrivais plus ni à manger, ni à dormir. Je ne savais plus, toutes mes fonctions étaient, deux ou trois jours près j'étais mort quoi...

Action 13 : Alors, le généraliste s'est déplacé. Il est venu. Il a dit vous êtes d'accord, parce qu'il faut l'accord des personnes pour l'hospitalisation.

Action 14 : Ben, Je lui ai dit vu dans l'état où je suis, c'est le moment quoi.

Action 15 : et là, j'étais en urgence à Laxou. Donc Ah oui Non Non parce que c'est de la dépendance avec l'alcool. L'alcoolisme, c'est rien. C'est la dépendance. C'est l'impression d'avoir en soit une mécanique tout à coup

Ben là oui, ils ont été obligés et en alcoologie, ils avaient l'habitude des gens comme moi qui arrivaient cassés. Tout le monde n'arrive pas comme ça. Je pense moi j'avais demandé. Mais il manquait des places. À un moment donné, je dis je veux bien. Une fois, mon pote m'avait emmené, ils ont dit, on peut pas l'hospitaliser comme ça... Non, je suis allé jusqu'au bout, parce que je, j'étais en train d'aller jusqu'au bout. Il n'y avait plus de décision, ni de volonté. J'étais, (il siffle) j'étais parti dans ben, alors, là l'hospitalisation commence, j'avais peur hein d'être hospitalisé. Je me demandais ce qu'ils allaient me faire, parce qu'on demande toujours. Une fois qu'on rentre là-dedans, merde qu'est-ce qui va se passer ? et puis non, parce que à Laxou déjà quand ils m'ont vu arriver, ils m'ont foutu sous perf hein parce que je n'arrivais plus perfusion je n'avais plus de, je n'arrivais plus à m'alimenter ni rien ah oui, j'étais en train de claquer. J'avais des problèmes de tension. Je faisais des choses comme ça Alors, ils m'ont mis dans un coin tranquille, dans un coin intermédiaire, à Laxou, en disant que, ils allaient peut-être me garder (...) Je suis un peu long dans mes explications. Mais, c'est à la fois simple et pas simple (...) Une fois, je me souviens, je me réveille, je tombe sur des infirmières très chouettes, très gentilles, jolies, mignonnes, gentilles. Et puis elles disent : vous allez bien ? c'est-à-dire qu'ils n'ont pas le regard de mépris, ou de hein qui voient les gens arriver en compote comme ça, ils soignent et puis en même temps, au bout d'un moment, ils peuvent blaguer, ils peuvent Ben, elle arrive tout de suite, non ; c'est – à-dire qu'elle est, c'est une abstinence médicale c'est-à-dire en milieu protégé. D'ailleurs, moi, j'évite de donner des conseils aux gens parce que je ne sais pas quoi leur conseiller. Mais, si on décide d'arrêter, et si on a un sentiment fort de sa dépendance, il faut faire ça en milieu protégé. Hein, parce que si vous arrêtez brusquement une dépendance, ben vous pouvez sauter par la fenêtre, vous pouvez vous écrouler par terre. C'est ce qui m'est arrivé, la crise de manque. Je n'arrivais plus à m'alcooliser. Je n'étais même plus en état d'aller chercher de l'alcool. Je me suis arrêté à la lotion après rasage. Je ne l'ai pas bu parce que j'ai trouvé que c'était tellement dégueulasse (il rit). Mais, j'ai des copains qui ont bu l'eau de Cologne oui, oui, ça peut arriver jusque-là hein ben oui moi je ne sais pas. C'est un peu le terme médical. J'ai connu le sevrage c'est-à-

dire séparation du produit et en milieu médical dans un milieu confortable alors non parce que ce que j'appelle l'abstinence c'est un petit peu la gestion enfin la continuation du sevrage c'est-à-dire bon maintenant j'arrête de boire et je me remets le cerveau en état d'attentif par rapport à problème là

Action 15 : hum, hum. Oui et je dirai que je n'ai pas quitté l'hôpital, parce que j'y retourne toutes les semaines *oui parce que à chaque fois on va dire à l'époque il faut mettre un suivi en place. Il y'a des anciens qui m'ont dit la même chose. C'est pas un parcours, comment dirais-je général. Mais, ça peut se passer comme ça. Pour moi, ça s'est passé comme ça. Je dis bon, il faut penser à ton abstinence. Le plus simple pour moi du coup, j'ai connu les groupes de parole, chaque week- end. J'ai dit c'est pas mal là parce que on est pas tout seul hein alors déjà on se retrouve entre gens qui ont connu quand même pas tout à fait le même truc mais euh on est pas tant du jugement à ce niveau-là en disant bon ben c'est comme ça maintenant qu'est-ce qu'on fait ?*

Et on raconte chacun son expérience et à la lumière de l'expérience des autres, on comprend mieux, ce qu'on est soi-même, je pense. Il y a une espèce d'échange qui se fait. Enfin si jamais, vous allez encore à une de nos réunions euh, en principe les AA ont la même démarche. Le groupe de parole à l'hôpital aussi a la même démarche. On n'est pas dans le jugement au moins par rapport à ça. Et on dit voilà moi je m'en suis tiré à un moment à cause de ça. Ça, ça m'a aidé. Mais, ça, ça peut t'aider. Mais, je peux pas te dire ce qui va t'aider c'est-à-dire c'est toi qui au bout d'un moment, en fait c'est un accès à la, à l'indépendance si vous voulez. ».

De la lecture du graphique 5, il ressort que parmi les intervenants, nous avons : le malade alcoolique, le personnel soignant médical, le personnel soignant médico-social, le personnel soignant médical spécialisé, et d'autres personnes telles que les ex ou les amis. Nous avons aussi des produits, que les malades alcooliques utilisent dans leur projet de soins de la maladie alcoolique notamment, des médicaments et des produits de substitution.

Nous constatons que de l'action 1 à l'action 10, sauf pour les aides d'ordre substantiel et extérieures, chaque action nécessite l'intervention du malade alcoolique. Par exemple, pour poser l'action « *aller voir le personnel soignant médical* », il faut que le malade alcoolique collabore avec le médecin. Il en va de même pour toutes les autres actions. Elles nécessitent la collaboration du malade alcoolique lui-même, pour pouvoir être réalisées.

À partir de l'action 8, nous constatons que le malade est beaucoup en collaboration avec le personnel soignant médical/ spécialisé.

Nous remarquons aussi que dans l'action 1, le nombre d'enquêtés ayant réalisé l'action, pour le projet de soins, sans nécessiter l'appui d'autres personnes, est le plus grand. Cette action pourrait s'expliquer par le cercle de Prochaska et Diclemente. Dans ce cercle, le malade alcoolique qui veut soigner la maladie alcoolique, se trouve au 3ème stade, après celui de la contemplation, où le malade manifeste encore de l'ambivalence dans sa volonté, de changer le comportement ambivalent. Au troisième stade, d'un point de vue théorique, l'individu prend des décisions et les met en place.

Dans l'action 2, ce nombre régresse vraiment laissant place, à celui de personnes collaborant avec d'autres personnes, pour le projet de soins. Cette situation pourrait s'expliquer, par le fait qu'au stade 4, l'individu est au stade de l'action. À ce stade, l'individu est engagé dans l'action. Il recherche du soutien.

Dans l'action 3, le nombre d'enquêtés ayant réalisé cette action, pour le projet de soins, sans nécessiter l'appui d'autres personnes, reprend, mais est toujours dominé par celui, de personnes collaborant avec d'autres personnes, pour le projet de soins. Cette situation pourrait s'expliquer, par le fait que, l'individu se trouve à une phase de consolidation, au stade 5, une phase de maintien des acquis. Pour ce faire, l'individu associe les deux types de facteurs salutogènes, facteurs internes, et facteurs externes, favorables au maintien de sa santé. C'est une phase intermédiaire, qui permet de valoriser aussi les efforts de l'individu.

Quant aux actions 4 et 5, le nombre d'enquêtés ayant réalisé cette action, pour le projet de soins, sans nécessiter l'appui d'autres personnes explose. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait les malades alcooliques se trouvent sur une phase de maintien des acquis, jusqu'au stade 7, la sortie permanente, en passant par le stade 6, les rechutes. C'est essentiellement une phase de valorisation des efforts des personnes.

Dans l'action 6, ce nombre régresse, un peu comme pour l'action 2. L'individu recherche du soutien. Des actions 7 à 10, il est à part égale avec le nombre de personnes collaborant avec d'autres personnes, pour le projet de soins. Alors dans ces actions, nous nous trouvons déjà au stade 5 du cycle de changement, la phase de maintien, le stade succédant au stade 4, celui de l'action. Donc, l'individu a déjà fait un chemin. Il a évalué les risques et les avantages de la

consommation, reconnu son ambivalence, pris une décision de changer, a mis en place des stratégies, est passé à l'action. Maintenant, il faut consolider ses acquis. Comment consolider ses acquis ? D'un point de vue théorique, il y a une phase de valorisation de ces efforts qui est en fait la phase 5, sans oublier qu'il peut passer par une phase 6, qui est celle des rechutes. Mais, aussi il y a une phase de sortie permanente où l'individu a des stratégies ; mais aussi peut toujours s'appuyer sur ces réseaux. Dans notre cas, la majorité des individus ont fait une sortie permanente mais en continuant à s'appuyer sur des réseaux.

2- L'aspect méthodologique du projet de soins des malades alcooliques abstinents interviewés

Cet aspect met en évidence la méthodologie employée pour atteindre des objectifs de soins. Le point de départ est l'élaboration du projet qui recouvre une partie analyse et une partie diagnostic de la situation initiale. Ensuite, la mise en œuvre du projet qui comporte la réalisation du projet et son évaluation. Il faut noter que le malade même accompagné peut connaître des rechutes. C'est une étape normale du projet de soins du malade alcoolique. La rechute consiste pour une personne ayant un problème de dépendance, de consommer à nouveau de l'alcool, après une période d'abstinence. L'aspect méthodologique du projet de soins des malades alcooliques prendra justement en compte cet élément, y compris d'autres éléments qui pourraient constituer des obstacles à ce projet.

La théorie du projet stipule que la réalisation d'un projet, comporte plusieurs étapes, d'un point de vue méthodologique. La première étape est l'élaboration du projet « *qui recouvre une partie analyse et une partie diagnostic de la situation initiale* ». La deuxième étape est la mise en œuvre du projet « *qui comporte la réalisation du projet et son évaluation* ». C'est généralement à cette étape que les détenteurs du projet font des ajustements, des réajustements quand ils observent des failles, des lacunes dans la mise en œuvre de leur projet.

Nous ne leur avons pas demandé pourquoi ils ont eu des rechutes. Nous ne leur avons pas posé cette question afin que les entretiens soient le moins directif possible. Donc, nos résultats ne prennent pas en compte certaines réalités qui peuvent être différentes. La partie des rechutes s'est imposée du fait des propos tenus par les enquêtés. Vous noterez donc que la population

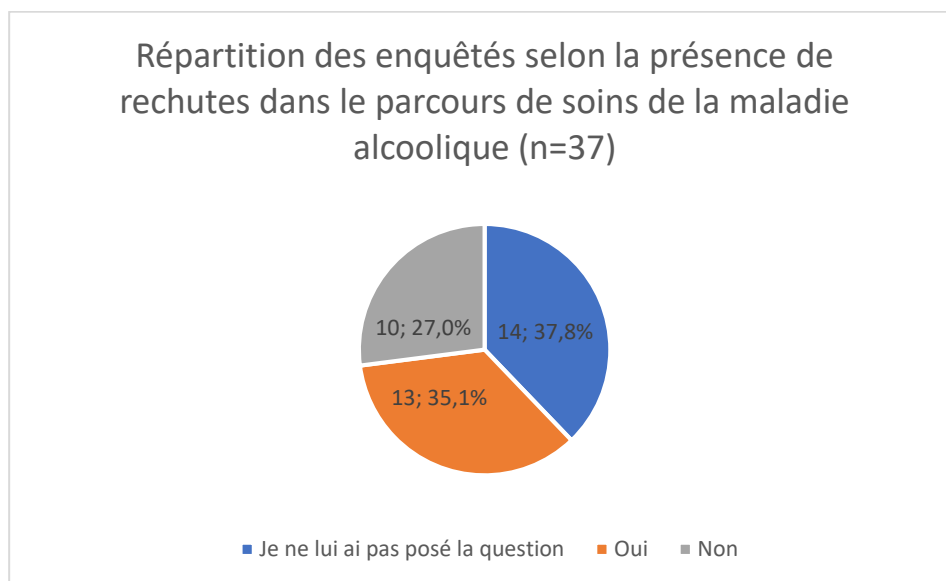
enquête est inférieure à la population de base de l'enquête. Une rechute est ce qu'une personne qualifie de « *rechute* ».

Nous avons posé la question suivante, pour recueillir les informations : « *Avez-vous eu des rechutes ? Qu'est-ce que vous avez fait après la rechute numéro n ? Est-ce à ce moment que vous avez pu devenir abstinent* ».

L'intérêt de cette section est pragmatique, dans la mesure où les résultats de l'analyse de l'étude de cette information servira de partage d'expérience à d'autres personnes en difficulté avec l'alcool.

Comme résultats, nous voulons voir :

- la répartition des enquêtés selon la présence et le nombre de rechutes,
- la répartition des enquêtés selon le type d'actions posées à la suite de la rechute, les stratégies employées à la suite du déclic
- le nombre d'enquêtés qui a changé de stratégies,



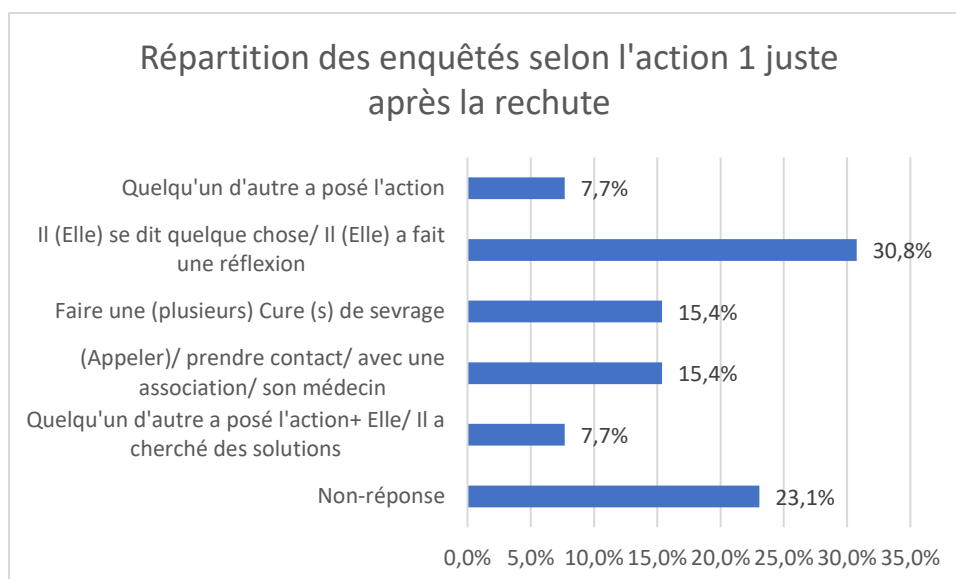
Graphique 21-répartition des enquêtés selon la présence de rechutes

De la lecture de ce graphique, il ressort que 35,1% des personnes interviewées, soit 13 personnes, ont eu au moins une rechute dans leur parcours d'abstinence. Ce sont les enquêtés suivants : 2, 6, 11, 14, 17, 18, 24, 26, 27, 29, 31, 33 et 36.

Tableau 37-Répartition des enquêtés selon le nombre de déclics

Nombre de rechutes	HOMME	FEMME	Total	Pourcentage
1	4	2	6	46,2%
1 ou 2	0	1	1	7,7%
Plusieurs	3	3	6	46,2%
Total	7	6	13	100,0%

De la lecture du tableau, il ressort que les personnes interviewées peuvent avoir une ou plusieurs rechutes : 46,2% ont eu une seule rechute, 46, 2% en ont eu plusieurs. De la lecture des retranscriptions des enquêtés, le plus grand nombre de rechutes s'élève à 4. C'est l'enquêté 6, une femme qui détient ce record. Le pourcentage des hommes et femmes qui ont eu des rechutes, parmi les personnes interviewées, s'élève respectivement à : 25,0% pour les hommes soit 7 hommes sur 28 au total, et 66,7% pour les femmes, soit 6 femmes sur 9 au total. Cette situation est normale, puisque la rechute fait partie du cycle de changement. Cette situation signifie que le passage de ces derniers est de type cyclique. Les individus passent toutes les étapes du modèle des stades de changement, y compris celui de la rechute. Cette situation montre que le niveau de maintenance des femmes est particulière moins élevé que celui des hommes.



Graphique 22-Répartition des enquêtés selon l'action 1 juste après la rechute

De la lecture de ce graphique, il ressort que 30,8% émettent des réflexions par rapport à la rechute, en vue de revenir à l'abstinence. C'est l'action la plus posée après la rechute. Comparée, à l'action 1, la plus posée, du projet de soins, qui révèle que le projet est une réflexion commune pour 27,6% des personnes enquêtées (c'est-à-dire elles vont réfléchir avec d'autres personnes sur leur projet de soin), l'action 1, la plus posée après la rechute, montre que l'individu lui-même s'approprie de plus en plus son projet de soins.

I- Le classement ou l'ordonnement du réseau d'aide par les malades alcooliques abstinents interviewés

Le classement de réseau d'aide par les malades alcooliques abstinents interviewés, consistera à attribuer une place, aux différents intervenants, qu'ils auront sollicité, durant leurs parcours d'abstinence. Durant l'entretien, spécifiquement à la section portant sur leur parcours d'abstinence, nous leur avons demandé de : « -classer dans un ordre croissant les différents éléments du réseau d'aide : amis, famille, vous-même, politique mise en place par l'état pour permettre la prise en charge et la prévention de l'alcoolisme, dispositif médical ». Les

approches sociologiques, qui permettent d'étudier le concept de réseau, ont été rassemblées sous l'expression suivante, l'analyse des réseaux sociaux ³⁴⁹.

Par rapport à cette analyse, Mitchell souligne, qu'elle postule que « *l'agencement des relations au sein d'un ensemble plus ou moins défini peut être utilisé pour interpréter les actions des individus impliqués dans cet ensemble...* ». En effet, l'analyse des réseaux sociaux s'appuie sur des théories de l'action individuelle et collective. Ces théories postulent que « *les individus agissent et opèrent des choix dans "des formes de rationalité"* ». Cette assertion signifie, que le choix des membres du réseau d'aide par une personne obéit à une logique rationnelle. La personne fait son choix, à partir de certains critères, qui lui permettent par la suite, de sélectionner une personne, pour qu'elle puisse faire partie de son réseau d'aide. ³⁵⁰ Ces théories postulent aussi qu'il est possible, qu'il y ait des limites aux choix des individus. Ces limites dépendent de la morphologie des structures relationnelles. Cette dernière, responsable de ces limites, « *crée des possibilités d'accès à des ressources et des contraintes qui en limitent l'accès* ». De ces propositions, nous comprenons que l'individu va faire des choix de ressources, en fonction de ses critères personnels, mais aussi de la possibilité d'accès à ces ressources. De cette sélection, va naître une catégorisation des ressources par l'individu, voire une classification, une hiérarchisation ; la raison est que l'individu va accorder des places différenciées aux ressources, avec des rôles spécifiques ; ce qui aboutira à une hiérarchisation des différentes ressources, auxquelles, il pourrait prétendre.

L'intérêt de cette section est de savoir sur qui prioritairement les malades alcooliques abstinents se sont appuyés pour pouvoir parvenir à l'abstinence. Mais aussi, pour les accompagnants, l'étude de cette variable leur apportera des éléments, qui de plus sont des données empiriques, pour construire leur stratégie de communication. Ainsi ils pourront proposer des outils à tous

³⁴⁹ Petite, Ségolène. (Page consultée le 25 mars 2022). « *La structure des réseaux d'entraide. Le cas de l'aide donnée aux parents âgés* », Informations sociales, 2008/3 (n° 147), p. 104-112. DOI : 10.3917/inso.147.0104., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-3-page-104.htm>

³⁵⁰ Idem.

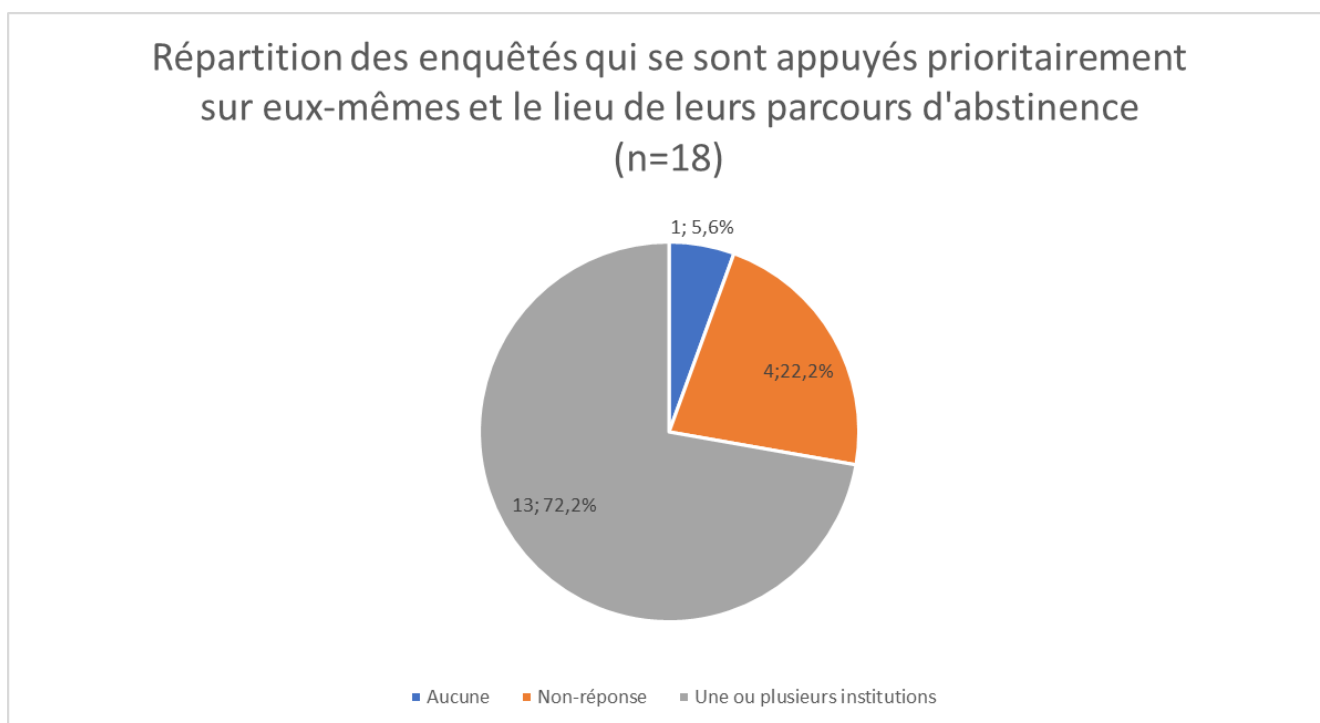
les membres actifs de l'équipe pluridisciplinaire ainsi qu'aux proches, en fonction de leur niveau de sollicitation, par les malades alcooliques.³⁵¹

Tableau 38 : répartition des enquêtés selon le classement de l'élément prioritaire d'appui dans le réseau d'aide

Classement des intervenants sollicités en première position	Total (Fréquence absolue ou effectif: n=37)	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
Moi-même	18	48.6	18
Amis de réunion	3	8.1	21
Famille	3	8.1	24
Association	6	16.2	30
Conjoint(e)	1	2.7	31
Dieu	1	2.7	32
Dispositif médical	2	5.4	34
Ami(s)	2	5.4	36
Non-réponse	1	2.1	37

De la lecture du tableau, il ressort que les malades alcooliques abstinents se sont appuyés prioritairement sur eux-mêmes (48.6%) pour pouvoir parvenir à l'abstinence. Ils représentent la majorité. Ces résultats montrent que les malades alcooliques abstinents se sont appuyés en majorité sur des facteurs salutogènes provenant d'eux-mêmes. Mais, s'appuyer sur soi-même ne signifie pas forcément auto-guérison de la maladie alcoolique. Nous allons essayer de voir plus loin ce que représente en réalité cette proportion d'individus.

³⁵¹ Euro guidance. (Page consultée le 23 octobre 2022). *Palmarès, classements : des outils d'aide à la décision ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.euroguidance-france.org/sorienter-vers-cursus-specifiques/palmares-classements-une-approche-de-la-qualite/>



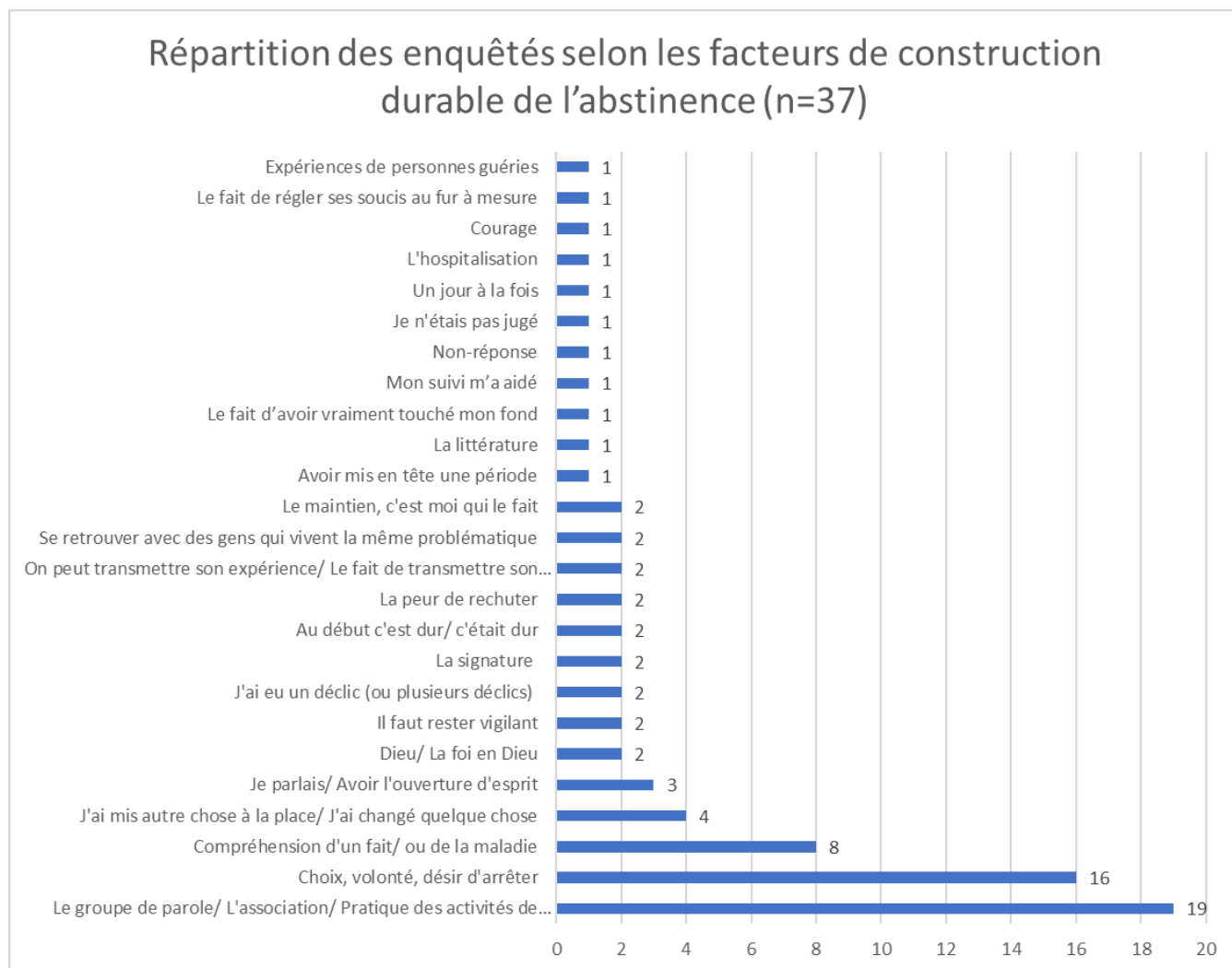
Graphique 23-répartition des enquêtés selon le classement de l'élément prioritaire d'appui dans le réseau d'aide et le lieu de parcours d'abstinence

Il ressort de la lecture du graphique ci-dessus, que parmi ceux qui se sont appuyés prioritairement sur eux-mêmes, plus de la moitié (soit 72,2%) ont fréquenté une ou plusieurs institutions. Elles avaient aussi des personnes en qui elles se confiaient. (Chapitre I de la deuxième partie : « *plus de la moitié des malades alcooliques abstinents interviewés (67,6%) avaient au moins une personne en qui elles se confiaient.* »). Ces résultats montrent que plus de la moitié des malades alcooliques abstinents avaient un réseau/ support social, durant leur période en difficulté avec l'alcool. Ces résultats montrent qu'ils n'étaient pas isolés pendant cette période.

IV- Les facteurs de maintien dans l'abstinence à l'alcool

Il s'agira de mettre en évidence les différents facteurs, qui concourent au maintien dans l'abstinence à l'alcool, des malades alcooliques abstinents interviewés, dans cette section.

Pour recueillir les informations, nous avons posé la question suivante : « *Vous n'avez pas fait un jour d'abstinence. Vous avez fait ... années d'abstinence. Comment avez-vous fait pour durer dans le temps ?* ».



Graphique 24-Répartition des enquêtés selon les facteurs de construction durable de l'abstinence

Le graphique ci-dessus montre que les trois premiers facteurs de maintien dans l'abstinence sont :

- Le groupe de parole/ L'association/ Pratique des activités de l'association (51.4%)
- Choix, volonté, désir d'arrêter (43.2%)
- Compréhension d'un fait/ ou de la maladie (21.6%)

Nous avons classé par ordre d'apparition les réponses des enquêtés, à la question de savoir comment ils ont fait pour maintenir leur abstinence dans le temps.

Parmi les personnes qui ont parlé de groupe de parole/ L'association/ Pratique des activités de l'association (51.4%), nous avons pris l'exemple de l'interviewée 13. Elle dit : « *(Elle souffle)* Ben, c'est, c'est la pratique du programme, du programme spirituel. J'ai mis autre chose à la place en fait, hein. Voilà, j'ai mis autre chose, plein, mais c'est pas, j'ai pas changé de mari, j'ai pas changé d'enfants, de cadre, de cadre de vie. C'est moi qui ai changé en fait. Je me suis changée moi, et puis je regarde les choses de manière tout à fait différente. De, de, de dépressive je suis, je, je suis passée à quelqu'un de joyeux, qui aime la vie, et qui a envie de profiter de, de, de tout ce qu'elle voit et, et même si j'ai horreur de mon métier parce que j'ai horreur de faire le ménage et puis que je vais faire ça 5 ou 6 h par jour chez les autres, je me dis que tu es toujours là où tu dois être, alors, parce que tu aides les gens et puis qu'ils sont contents de te voir. Et, ça, ça me motive et du coup mon ménage, il est super bien fait. Et puis les gens, ils sont contents. Je pars toute bien, voilà. C'est, c'est comme ça la simplicité, l'humilité, hein l'humilité aussi, me dire aller hop, on n'est, on n'est rien sur la terre. Hein euh ça sert à rien de ramasser de l'argent de façon. On n'a jamais eu un coffre-fort courir après un cercueil. De toute façon, on, on laisse tout derrière nous. Moi, tout ce qui m'importe aujourd'hui, c'est euh ce que je vais laisser à mes enfants, mes petits-enfants, voilà, de, de ce qu'ils retiendront de moi, en tant que personne vivante hein, euh, de quand je serai plus là. ». De ces propos, nous pouvons retenir qu'elle s'est appuyée sur elle-même, ainsi que la ressource externe, son association. Des vertus naissent de ce maintien telles que la simplicité, l'humilité, qui représentent sa nouvelle image.

Le choix, la volonté, le désir d'arrêter la consommation l'alcool (43.2%) appelle une prise de décision qui n'est pas simple. Ces individus ont opté pour le changement de leur situation. Nous avons pris trois exemples pour illustrer à quoi peuvent ressembler des facteurs de maintien dans l'abstinence, de type décisionnel.

Enquêté 1 : « *Par choix et volonté.* »

Enquêté 11 : « *Ben justement, c'est d'avoir continuellement mis en tête. Je disais maintenant c'est six mois. Six mois de plus, ça faisait un an. Au fur et à mesure, je comptais presque, pas, pas tous les jours mais tous les mois. Après, c'est devenu un an et après, c'était chaque année. Maintenant c'est comme ça, 2005. Je connais la date, par cœur : c'est le 5 avril 2005, à 3 h (il rit) ; et à compter de ce jour-là, je me dis non plus jamais d'alcool ! ...* ».

Enquêté 12 : « *Ça, c'est ce choix, que j'ai fait un fameux samedi, quand j'ai décidé et que j'ai dit à ma femme, que j'allais me faire soigner. Je lui ai dit, c'est le dernier jour que je bois. Alors c'est pas une déclaration que l'on voit ça à l'aveugle. Je savais que je, c'était mon dernier jour. Et, ça s'est vraiment fortifié dans ma posture dans le travail que j'ai fait pendant trois mois. Je m'en suis servi de ce travail sur trois mois pour asseoir ma mon abstinence et puis surtout pour travailler des projet, des projets de vie sans alcool. (M est-ce que vous aviez pas fait de tentative auparavant ?) Absolument pas du tout (M donc c'était la première et dernière tentative ?) (M et qu'est-ce qui vous a donné tant d'assurance je veux Dire ? Parce que y en a qui font cette tentative mais qui à chaque fois) Ah, moi je suis quelqu'un de très optimiste, de nature, pas pessimiste. Les gens croient que en fait tous les hommes que, de toutes nationalités, de toutes, je dirais plutôt de toutes couleurs qu'on soit blanc noir ou jaune on a tous un avenir dans notre vie. On a tous à faire quelque chose dans notre vie, un métier, ou on s'enrichit et puis pour moi y'a pas de gens mauvais. Pourtant y en a. Mais dans mon absolu à moi dans ma tête, je, pour moi tous les gens ils sont bons de nature de nature ils sont bons. Dieu a dit que tous les hommes doivent être bons. Logiquement on l'est. Malheureusement ce n'est pas le cas. Mais, moi je vis dans cette optique que en fait chaque être humain à sa place sur la terre et un rôle important à jouer dans ce qu'il peut jouer. Y en a qui savent jouer du violon, de la guitare. Y'en a qui savent travailler. Y'a des menuisiers, Il y a tout ce qu'on veut, et chacun dans sa profession peut amener plein de choses sur cette terre.* ».

Lorsque le facteur du maintien dans l'abstinence provient de la compréhension d'un fait/ ou de la maladie (21.6%), il peut ressembler à l'exemple de l'interviewé 19. Il déclare : « *...voilà, et puis la cerise sur le gâteau. Ce que le toubib m'a dit : il a dit qu'à 50 ans, que j'allais avoir une chaise roulante. Je faisais du ski, Je faisais quelques trucs. Et puis tout d'un coup, tu peux plus skier. Donc, quand Y' m'a dit tu peux guérir, j'étais en cure, hein. Mais, pendant six, 7*

mois, il m'a aidé. Et en juin 89, je suis parti faire ma cure. Je suis arrivé à H', maison spécialisée et à H', euh, je suis tombé encore une fois sur une personne compétente, un psychologue, et c'est lui qui a trouvé ma dyslexie, qui a compris ma dyslexie. Il m'a expliqué, comment on pouvait (Il racle sa gorge) ; et pendant 28 jours, ben, j'ai fait beaucoup de psychologie. J'ai mis les choses au point. Et quand je suis sorti de cure, ben je ne me suis plus posé de questions. J'avais réglé mon problème personnel. Mon père, mon père, ne pouvait pas m'aider puisque lui-même, il était orphelin de parents vivants. Il n'y a personne qui l'a éduqué. Donc, il n'avait aucun, il n'avait rien. Il ne pouvait pas m'aider. Il ne savait pas. Donc, je ne pouvais plus vouloir en vouloir à mon père. D'accord ? donc, je n'avais plus de haine vis-à-vis de mon père. Ma mère, mais, j'ai jamais eu de haine : c'est ma mère. Elle m'a eu pendant neuf mois. Mais, il y a des choses que je ne comprenais pas. Donc, avec mes parents, on est devenu en paix. Donc, comme j'en voulais plus à personne tout s'est fait tranquillement avec le temps le temps au temps. ». Littéralement, nous comprenons que son abstinence au fil du temps s'est maintenue grâce à la compréhension de la maladie qu'il avait, sa dyslexie. Il n'a plus besoin de la cacher en buvant. Il y a aussi d'autres facteurs sur le graphique, que nous détaillerons pas ici. Tous ces facteurs nous montrent les outils personnels et sociaux que les malades abstinentes ont utilisé pour vaincre l'alcoolisme. Ils confirment l'hypothèse selon laquelle le soin de la maladie alcoolique est relatif.

V- Leurs mots pour qualifier leur période d'abstinence

Il faut dire, que mettre un mot ou plusieurs mots, sur ce qu'on ressent, par rapport à une expérience phénoménale, fait partie de la dimension affective du discours, plus précisément, de description des états affectifs, en psychologie. Les ressentis émotionnels³⁵², sentiments,

³⁵² Larousse. (Page consultée le 27 octobre 2022). *Émotion*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829>

L'émotion provient de l'ancien français *motion*, qui signifie mouvement. L'émotion se définit comme étant une « Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. ».

émotions, et sensations, sont des perceptions de l'engagement dynamique du corps dans l'interaction.³⁵³

La capacité à exprimer ses sentiments et ses émotions est appelée la granularité émotionnelle. Elle est bénéfique pour la santé. Il existe plusieurs mots et verbes, pour exprimer les sentiments et les émotions. Ces mots et verbes, forment ensemble, le lexique des émotions et des sentiments. En l'espèce, dans cette section, il s'agira pour les enquêtés, de mettre des mots, de qualifier, leur période d'abstinence, en employant, justement des mots. Nous étudierons les ressentis émotionnels des enquêtés par rapport à leur période d'abstinence. La question posée pour recueillir cette information est la suivante : « *Comment qualifieriez-vous votre période d'abstinence, si vous deviez mettre un mot sur cette période, que diriez-vous ?* ». Selon la théorie des émotions, les ressentis émotionnels varient en fonction des individus.

Les « *Ur-emotions* »³⁵⁴ sont basiques et universelles ; les émotions dans leur totalité, non. Selon l'auteur, « *Tous les états émotionnels humains (et ceux issus d'un arsenal probablement un peu différent dans d'autres espèces animales) consistent en l'une ou plusieurs de ces Ur-emotions.* ».

Tableau 39-Tableau extrait de l'article Les émotions : une conception relationnelle Anna Tcherkassof, Nico H. Frijda : Dispositions à l'action et noms d'émotions³⁵⁵

³⁵³ Tcherkassof, Anna, et Nico, Henri, Frijda. (Page consultée le 18 mars 2022). « *Les émotions : une conception relationnelle* », L'Année psychologique, 2014/3 (Vol. 114), p. 501-535. DOI : 10.3917/anpsy.143.0501., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2014-3-page-501.htm>

³⁵⁴ L'ur-émotion est un terme pour désigner les familles d'émotions de base. Chaque famille d'émotion comprend des émotions secondaires. Par exemple, la joie est une émotion de base. Elle comprend des émotions secondaires.

Claudon, Philippe, et Margot, Weber. (Page consultée le 18 juillet 2022) « *L'émotion. Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction* », Devenir, 2009/1 (Vol. 21), p. 61-99, [En ligne]. DOI : 10.3917/dev.091.0061., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-devenir2009-1-page-61.htm>

Tcherkassof, Anna, et Nico, Henri, Frijda. (Page consultée le 18 juillet 2022). « *Les émotions : une conception relationnelle* », L'Année psychologique, 2014/3 (Vol. 114), p. 501-535, [En ligne]. DOI : 10.3917/anpsy.143.0501. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2014-3-page-501.htm>

³⁵⁵ Tcherkassof, Anna, et Nico, Henri, Frijda. (Page consultée le 18 juillet 2022). « *Les émotions : une conception relationnelle* », L'Année psychologique, 2014/3 (Vol. 114), p. 501-535, [En ligne]. DOI : 10.3917/anpsy.143.0501. , [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2014-3-page-501.htm>

Disposition à l'action	Type de relation	Termes émotionnels
1. accepter	accepter la relation	intérêt, affection, curiosité, plaisir
2. refuser	refuser la relation	déplaisir, incompréhension, mécontentement
3. faire attention	obtenir de l'information	engagement, curiosité, affection
4. se désintéresser	ne pas chercher d'information	détachement, placidité, nonchalance, froideur
5. s'approcher	faciliter l'interaction	désir, amour, amitié, intérêt
6. attachement	chercher l'interaction proche	amour, affection, tendresse
7. éviter	diminuer l'interaction	peur, aversion, dégoût, honte
8. rejeter	pousser loin de soi	aversion, dégoût, indignation
9. hostilité	modifier l'interaction non désirée	colère, irritation, méfiance, rancune
10. désirer	obtenir une issue hédonique positive	désir, appétit, chagrin, nostalgie
11. prendre soin	augmenter le bien-être d'autrui	tendresse, affection, amour, prudence
12. exubérance	obtenir une interaction gratuite	joie, plaisir, enthousiasme
13. domination	déterminer l'action d'autrui	fierté, arrogance, assurance
14. soumission	suivre les désirs d'autrui	timidité, respect, peur, admiration
15. désespoir	ne pas savoir comment agir	chagrin, désespoir, panique, angoisse

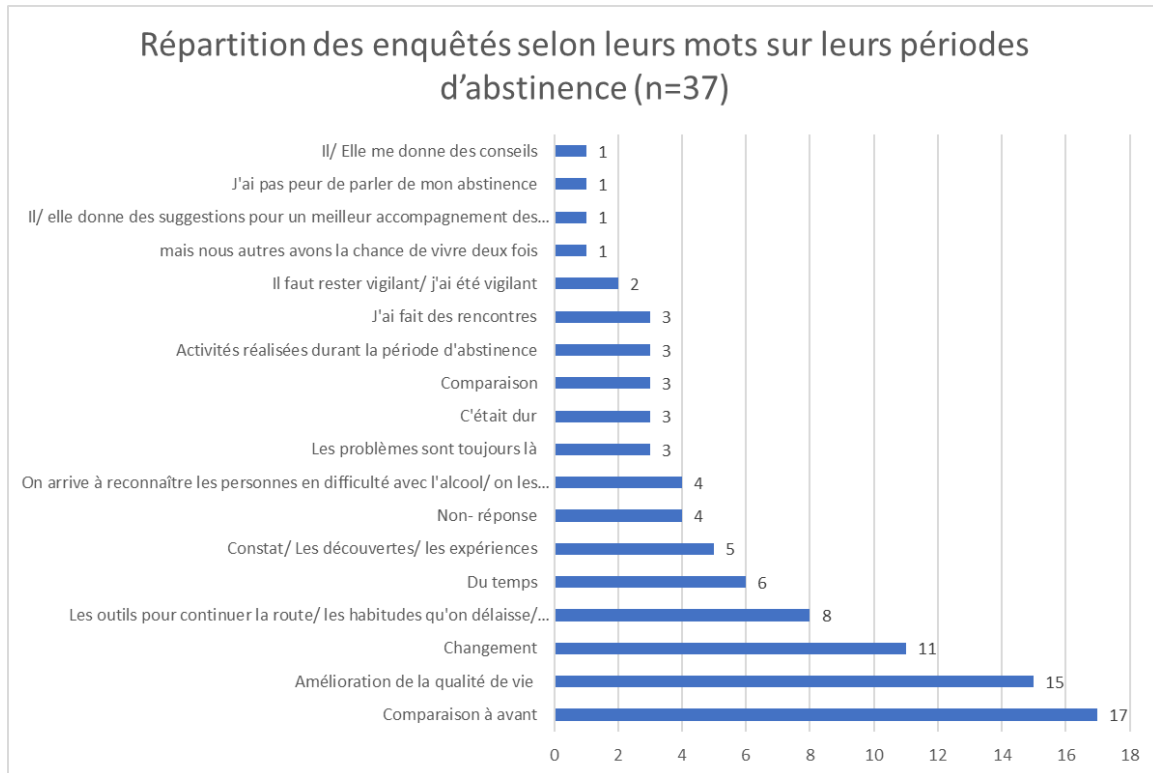
Garance Fitch Boribon, avec Illios Kotsou dans un article sur la granularité émotionnelle, évoquent dans leur article, que plusieurs études ont montré que la capacité à pouvoir mettre des mots sur nos émotions, est bénéfique pour la santé. Selon Lisa Feldman Barret, professeur de psychologie, « *en travaillant notre granularité émotionnelle, nous préservons notre organisme de l'usure du stress et nous limitons les risques de maladies* ». Cet apprentissage et développement du langage des émotionnel, « *passé par le développement de notre vocabulaire émotionnel de manière flexible* ».

Nous avons deux types de manifestations de l'émotion : l'expression émotionnelle comme attitude relationnelle : c'est la dimension expressive de l'émotion, comme un patron de réponses multi-componentielles, servant à établir ou modifier une relation avec un objet.

Trente-trois personnes ont répondu à cette question.

18 personnes ont qualifié leur période d'abstinence par des mots ; ce qui donne par exemple : Enquêté 12 : « *très enrichissante en tout, en qualité de vie en qualité d'expérience en qualité de rencontre...* ».

17 personnes en formulant une phrase/ plusieurs phrases ; ce qui donnait par exemple : Enquêté 1 : « que c'était dur, que j'ai "fait les comptes ". »



Graphique 25-Répartition des enquêtés selon leurs mots sur leurs périodes d'abstinence



Requête de fréquence de mots 11-Si vous deviez qualifier votre période d'abstinence, que diriez-vous ou quels mots mettriez-vous sur cette période ? (Nuages de mots)

suis	j'ai	bien	moi	abstine	belle	ben	bonheur	c'était	chance	comme	complir	compte
				abstine	connais	devenu	droit	dûr	enfants	enrichit	fabuleu	facile
		c'est	moment									
	mais			agréabl	connu	fait	joyeux	l'enfer	liberté	marche	même	mervei
bonheur		été	renouveau	apesan	content	faut	monde	oui	paix	par	parado	partir
	des			assista	contrair	fois	normal	pas	pleine	plus	plusieu	pour
c'est		ils	tout	aujourd	d'avoir	génial	nous	période	présenc	recons	rencon	rester
	heureuse	j'ai	une	autres	d'être	gens	nuage	petits	problèm	retrouvés	social	soi
heureux				avoir	début	grosse	ont	peu	qu'on	réussi		
	les	joie	vie	avons	découv	hein	oublié	peut	quoi	rose		
											sollici	sont

Requête de fréquence de mots 12-Si vous deviez qualifier votre période d'abstinence, que diriez-vous ou quels mots mettriez-vous sur cette période ? (Surface)

De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question, dans le nuage et la surface qui est mieux détaillée, sont : bonheur, heureux, heureuse, joie, nouveau, pour ne citer que ceux-là. Comparativement aux mots des personnes interviewées, pour qualifier leurs périodes d'alcoolisation, les termes, pour qualifier leur période d'abstinence, sont positifs. Ce sont ce genre de termes, positifs, qui ressortent des extraits des discours des malades alcooliques abstinents, sur leur période d'abstinence.

Conclusion

Ce troisième chapitre avait pour but de décrire le parcours d'abstinence des malades alcooliques abstinents interviewés. Nous avons parlé de 5 thématiques : Le déclic ou les déclics des projets de soins des malades alcooliques abstinents interviewés pour sortir de la maladie alcoolique, leurs projets de soins pour parvenir à l'abstinence à l'alcool, leur classement de leurs réseaux d'aide, leurs facteurs de maintien dans l'abstinence à l'alcool, et leur qualification de la période

d'abstinence par les malades alcooliques abstinents interviewés. Ce chapitre s'articule autour de la question spécifique suivante : Quel est le parcours d'abstinence des malades alcooliques abstinents ?

Au niveau du déclic ou des déclics des projets de soins des malades alcooliques abstinents interviewés pour sortir de la maladie alcoolique, nous avons le profil des intervenants. Pour cette variable, nous avons plusieurs indicateurs, le type d'intervenants et le nombre d'intervenants. Au niveau du type d'intervenants, il ressort des résultats de l'étude dans l'ordre que « *Pour 29,7 % des malades alcooliques abstinents interviewés, le (la) malade alcoolique lui-même (elle-même) a joué un rôle dans le déclic des malades alcooliques abstinents interviewés ; ... 24,3%, ont cité le corps médical (réseau secondaire de socialisation) ...21,6% ont fait cas de présence d'éléments matériels ou immatériels... 16,2% ont fait cas des petits enfants et/ ou les enfants (réseau secondaire de socialisation)... de 1 à 5 intervenants...59,5% besoin d'un seul intervenant dans le déclic... » ; sachant que ceux qui ont sollicité un seul intervenants sont 22, et les malades alcooliques abstinents représentent eux-mêmes sont 10/22 soit 45%, ce qui est non négligeable.*

Nous avons aussi le nombre de déclics, qui est une variable du parcours d'abstinence. Un individu peut avoir plusieurs déclics, avant le déclic final qui précède son parcours de soins. Il ressort des résultats de l'enquête que 78.4% des enquêtés (29/37) n'ont eu qu'un déclic. Il n'y a eu que 6 personnes, soit 16,2%, ont eu besoin de recommencer plusieurs fois, le processus décisionnel avant d'entamer leur projet de soins. Au niveau de la forme des déclics, il y en a 2. Le déclic peut se manifester sous forme d'échec répété ou de perte. Il ressort des résultats que les déclics pour l'ensemble des interviewés, proviennent plus des conséquences sanitaires de l'alcoolisme. Chez les hommes et chez les femmes proviennent en général des conséquences de l'alcoolisme. En particulier, chez les hommes, ce seront « *d'abord les conséquences sanitaires (32,1 %), ensuite, les conséquences sociales (17,9 %) et enfin, le fait « d'avoir marre » de cette souffrance due à l'alcool (10,7 %).* »

En particulier, chez les femmes, ce seront plutôt d'abord « *les conséquences sociales de l'alcoolisme (33,3 %), ensuite un épisode long ou court de consommation excessive d'alcool (22,2 %), enfin une peur liée aux conséquences de l'alcoolisme (22,2 %).* »

Il convient de noter que « *Les sous-catégories de conséquences sanitaires qui produisent le plus le déclic proviennent de troubles psychiques.* »

Nous avons aussi le projet de soins. Des résultats de l'enquête, il ressort que « *18,9 % n'ont posé qu'une seule action. 64,9 % ont posé plusieurs actions.* » 2 personnes n'ont rien fait du tout. Elles représentent 5,4% des personnes enquêtées. Le nombre d'actions posées se situent entre zéro et 10. Il y a 25 types d'actions posées par les malades alcooliques abstinents interviewés, pour donner suite aux déclics. L'Action 1 du projet de soins le plus souvent est : échanger avec une ou plusieurs personnes/ Solliciter de l'aide) 27,6%.

L'action la plus citée par ordre numéral des actions posées : 1- idem ; 2 et 3- faire une (plusieurs) cure (s) de sevrage ; 4- rejoindre une association ; de 5 à 10- toutes les actions citées par les malades alcooliques sont réalisées avec la même fréquence d'apparition.

Le nombre de malades n'ayant pas eu besoin de l'appui d'autres personnes, est le plus grand. Des actions 7 à 10, il est à part égale avec le nombre de personnes collaborant avec d'autres personnes, pour le projet de soins.

À partir de l'action 8, le malade est beaucoup en collaboration avec le personnel soignant médical/spécialisé.

Dans l'aspect temporel du projet de soins, nous avons la phase d'idéation, Le projet est une réflexion commune (échanger avec une ou plusieurs personnes/solliciter de l'aide), chercher des solutions, avoir une idée, la phase de concrétisation du projet, toutes les autres actions citées. Les malades alcooliques abstinents se sont appuyés prioritairement sur eux-mêmes (18/37) (48.6%) pour pouvoir parvenir à l'abstinence. Parmi ces personnes, plus de la moitié (soit 72, 2%) ont fréquenté une ou plusieurs institutions. En général, « *plus de la moitié des malades alcooliques abstinents interviewés (67,6%) avaient au moins une personne en qui elles se confiaient.* »). Donc, les malades alcooliques abstinents ne sont pas des personnes isolées dans leur parcours.

Les trois premiers facteurs de maintien dans l'abstinence les plus cités sont : «

- *Le groupe de parole/ L'association/ Pratique des activités de l'association (51.4%)*
- *Choix, volonté, désir d'arrêter (43.2%)*
- *Compréhension d'un fait/ ou de la maladie (21.6%)* »

Contrairement à leurs périodes d'alcoolisation, les termes, pour qualifier leur période d'abstinence, sont positifs. Ce sont des termes qui prédisposent à des actions, dont l'objectif sera d'obtenir une interaction gratuite. Les personnes ne seront pas dans l'évitement ou la répulsion de l'action. Pour résumer, le malade qui veut sortir de la maladie alcoolique, pose des actions concrètes, dont le but est de changer le comportement addictif. Il prévoit aussi des stratégies, si les résultats ne sont pas concluants. Dans ce parcours, le malade n'est pas tout seul, il peut s'appuyer sur des intervenants physiques, sur des médicaments. Il peut aussi se remettre naturellement.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

La deuxième partie avait pour but respectivement de présenter et analyser les informations recueillies lors de l'enquête, suivant la méthodologie décrite dans la problématique et la construction de l'objet. Cette partie comporte trois chapitres : L'identification des malades alcooliques abstinents interviewés, leurs parcours de dépendance, et leurs parcours d'abstinence.

Nous allons donner les résultats principaux de ces trois chapitres et faire une conclusion générale de la deuxième partie.

Au niveau de l'identification des malades alcooliques abstinents interviewés, les personnes ne vivent pas isolées que soit hors de leur période en difficulté avec l'alcool et même pendant cette période. En effet, « 62.2 % des malades alcooliques abstinents interviewés avaient encore leurs parents, qui vivaient durant leur période en difficulté avec l'alcool. Pour 70.3% du total des personnes enquêtées, leurs parents vivaient ensemble, lorsqu'ils étaient en difficulté avec l'alcool...73% des malades alcooliques abstinents interviewés vivaient en couple. ».

Mais cette variable, la présence ou l'absence de parents/ ou de personnes extérieures durant leur période en difficulté avec l'alcool ne sera pas forcément à l'origine de l'alcoolisme ; étant donné que le pourcentage de personnes affectées par cette variable est plus faible (27%) que ceux qui ne le sont pas (48.6 % des malades alcooliques abstinents interviewés). Donc, il faudra aller chercher ailleurs chez l'individu lui-même : sa capacité à faire des choix de styles de vie, ou à choisir des solutions d'adaptation à certaines circonstances. Donc, nous faisons face à une question du repérage ou non de conduites à risque chez les proches, dont font partie l'alcoolisme,

mais aussi de responsabilité du malade alcoolique. Il faut savoir que les enquêtés ont commencé à boire très tôt l'alcool (21,6%), c'est-à-dire lorsqu'ils avaient moins de 15 ans, 24,3% lorsqu'ils avaient entre 15 et 19 ans, (à l'adolescence) et 10,8% entre 20 et 24 ans (à l'âge adulte). Il faut savoir que l'âge minimal est 3 ans, et le maximal, 47%. *« Pour 54% des personnes interviewées, la durée de dépendance à l'alcool est inférieure ou égale à 10 ans ; Pour ce qui est de leurs nouveaux profils de consommations, pour 45, 9 %, le nombre d'années d'abstinence est compris entre 11 et 20 années, suivie de 21,6% entre 21 ans et 30 ans. Pour 51.3% des malades alcooliques abstinents interviewés, la durée d'appartenance à leur association est comprise entre 11 et 20 ans. »*. En ce qui concerne le parcours de dépendance, nous allons parler des raisons de consommation. Les raisons du premier verre sont souvent à l'adolescence, et majoritairement de type dynamique : *« la fête, le cadre de consommation (la famille, les amis), l'imitation, la disponibilité du produit, l'amour du produit, la convivialité, le milieu professionnel, la soif »*. La dépression est plutôt de type anémique. *« La majorité ont pris un deuxième verre après leur premier contact avec l'alcool. »*. Les raisons du passage du premier verre d'alcool au deuxième verre d'alcool, citées par les malades alcooliques abstinents interviewés, sont le plus souvent : l'attrance par le goût du produit, l'approfondissement des effets de l'alcool, une meilleure connaissance du produit, la fête. Nous voyons déjà l'apparition de la variable addictive, et une persistance de la variable dynamique. Donc le produit fait son chemin. Du deuxième verre à la dépendance, nous leur avons demandé à quel moment, l'alcool est devenu un problème pour eux. Nous avons obtenu plusieurs réponses. Parmi celles-ci, nous avons : *« les remontrances de la part de leur entourage, le fait d'avoir des moyens financiers, le lieu de consommation, la compagnie du moment, les mauvais rapports sociaux entraînés par la consommation, le mal à arrêter de consommer l'alcool, les problèmes liés à l'usage de l'alcool, le fait qu'ils ne soient plus à l'origine de la demande de la consommation d'alcool, l'âge, le chômage, la solitude, la succession de problèmes dont la perte d'êtres chers, penser à l'alcool le matin, trembler le matin, l'attrance par l'alcool, l'accentuation de la dépression, le fait de ne plus pouvoir faire des activités qu'ils faisaient avant, la présence d'une maladie, le fait d'avoir de folles conduites, le détournement d'usage de l'alcool, les manifestations de la dépendance alcoolique à savoir la perte du contrôle de la maîtrise de la consommation*

d'alcool. ». Certains ne se rendent pas compte malgré tous ces caractéristiques du début de la maladie alcoolique, qu'ils deviennent dépendants (80% sur ceux qui ont répondu).

Le déni est présent. Les raisons citées sont le fait que boire ne constitue pas un problème, c'est le mot alcoolique qui pose un problème, les personnes alcooliques, sont futées, elles n'écoutent pas. A la question de savoir quelle est la différence entre eux avant et aujourd'hui, il ressort de leur propos une conscientisation de leur situation et un apprentissage de la vie. Certains ont des remarques de la part de leurs familles, d'autres n'en ont pas. Certains bénéficient de l'aide de leurs familles, d'autres non. L'observation courante est que la famille est affectée plus ou moins négativement. Pour qualifier leur période d'alcoolisme, « *nous pouvons retenir trois groupes de personnes : ceux qui ne regrettent par leur alcoolisme (trois personnes), ceux qui vont affecter des attributs négatifs à leur alcoolisme (quinze personnes) et ceux qui ne veulent plus parler de cette période (trois personnes)* ».

Plusieurs variables permettent d'apprécier le parcours d'abstinence des malades alcooliques abstinents interviewés. Entre autres, nous avons, le nature, le nombre, la forme de déclics, le type d'action posée, les intervenants et leur nombre. Il faut savoir que l'abstinence est cyclique (l'individu va passer pratiquement par toutes ou plusieurs cases du cercle de changement), naturelle (l'individu ne pose aucune action), anarchique (l'individu passe du stade 3 au stade 7). Le malade alcoolique lui-même est acteur de sa guérison. Il peut aussi le faire à l'aide d'un réseau social physique secondaire ou primaire, et/ ou avec des aides matérielles et/ou immatérielles.

**TROISIÈME PARTIE : SOCIOLOGIE DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES
MALADES ALCOOLIQUES**

INTRODUCTION DE LA TROISIÈME PARTIE

La sociologie de l'accompagnement médico-social³⁵⁶ est la partie de la sociologie, qui va venir s'occuper de l'influence des représentations sociales sur l'accompagnement médico-social des malades alcooliques. Cette branche de la sociologie va étudier les représentations sociales qui existent sur l'alcool, le malade alcoolique, la maladie alcoolique et l'accompagnement des malades alcooliques. Elle va étudier l'influence de ces représentations sur les pratiques des intervenants, les itinéraires thérapeutiques même des personnes qui vont se faire soigner et même la mise en place des politiques.

L'accompagnement des malades alcooliques consiste en une prise en charge à la fois pluridisciplinaire, globale, mais aussi adaptée aux individus. L'accompagnement des malades alcooliques ne se limite plus uniquement à la prise en charge biomédicale du patient alcoolique. Il est aussi pluridisciplinaire, dans la mesure où il sollicite plusieurs professionnels ou spécialistes de diverses disciplines, en général, et spécifiquement du corps médical, social ou médico-social. L'accompagnement des malades alcooliques est global, dans la mesure où les intervenants dans ce domaine, se doivent d'avoir des connaissances générales de la maladie alcoolique. L'accompagnement des malades alcooliques est aussi adapté aux individus, dans la mesure où chaque patient alcoolique possède une histoire individuelle singulière. Chaque cas d'alcoolisme possède des particularités. Dans cette partie, nous verrons les apports de la sociologie à l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

La question spécifique autour de laquelle s'articulera la troisième partie de notre étude est la suivante : quels facteurs conduisent les malades alcooliques à sortir de l'alcoolisme ?

Lors de l'enquête, nous nous sommes adressés à des professionnels et responsables du domaine. Les questions qui leurs ont été adressées, découlent de la question spécifique précédente. Ce sont les suivantes Nous leur avons posé des questions qui découlent de la précédente : quelle est la dénomination des structures des professionnels et des responsables interviewés ? leur nature, leur date de création, leurs domaines d'interventions, leurs activités, leurs objectifs généraux, en 2017-2018 et 2016-2017, leurs résultats atteints, leur évaluation, leurs axes d'amélioration, leurs projets menés en direction des personnes alcooliques, leurs dernières

³⁵⁶ Larousse. (Page consultée le 26 octobre 2022). *Sociologie*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sociologie/73173>

activités réalisées, leur soutien au niveau financier, administratif et logistique, la composition de leurs équipes, la formation de leurs équipes aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme, la description de leur journée de travail, les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes alcooliques, la connaissance des autres structures, leurs besoins et leurs sollicitations?

Nous partons du postulat spécifique, selon lequel pour soigner la maladie alcoolique, il existe des professionnels, généralistes et spécialisés, exerçant dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. Ces derniers devraient prendre en compte l'histoire singulière de chaque patient, et non se baser systématiquement sur des expériences de personnes déjà traitées. L'individu est consulté dès le départ de son projet de soin. Roussaux propose d'apparier même certaines méthodes.

La troisième partie s'articule autour de quatre chapitres :

- Chapitre 1 : L'identification des structures des intervenants (exerçant dans les domaines de l'accompagnement et la réinsertion des personnes alcooliques) interviewés et leur identification individuelle ;
- Chapitre 2 : La relation des responsables et professionnels interviewés avec les personnes en difficultés à l'alcool/ et les malades alcooliques abstinents ;
- Chapitre 3 : l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques d'un point de vue théorique : généralités et spécificités ;
- Chapitre 4 : les différentes phases de l'accompagnement médicosocial du malade alcoolique.

CHAPITRE I : L'IDENTIFICATION DES STRUCTURES DES RESPONSABLES ET PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS DANS LE DOMAINE DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICOSOCIAL DES MALADES ALCOOLIQUES ET LEUR IDENTIFICATION INDIVIDUELLE

Introduction

Dans ce chapitre, il s'agira pour nous de mettre en évidence les caractéristiques des structures qui accompagnent les malades alcooliques, en général.

Les théories que nous allons évoquer dans cette section, sont les mêmes que celles citées dans l'introduction de la troisième partie. Nous partons aussi du postulat spécifique selon lequel, l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques est multidisciplinaire. Pour une sociologie de l'accompagnement social des malades alcooliques, il faut des méthodes et techniques d'intervention spécifiques.

L'intérêt de ce chapitre est majeur, dans la mesure, où il nous permettra, de pouvoir identifier les profils des structures et le profil particulier des intervenants qui accompagnent les malades alcooliques à sortir de l'alcoolisme, dans le domaine médico-social. Dans le champ de la santé publique, les résultats de cette étude permettront au corps médical et au corps social, travaillant dans le domaine de l'accompagnement des malades alcooliques, de pouvoir identifier de futurs collaborateurs, et partager des bonnes pratiques. L'intérêt de ce chapitre est d'ordre pratique, la connaissance du milieu accompagnant des malades alcooliques. Dans le champ de la santé publique, l'intérêt de l'étude que nous menons, est d'ordre qualitatif, dans la mesure où les résultats de cette étude permettront au corps médical et au corps social, travaillant dans ce domaine, de prendre en compte ces caractéristiques.

Comme résultats, nous voulons avoir une meilleure connaissance des structures et des intervenants travaillant dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, leurs interventions, les intervenants, leurs difficultés et leurs suggestions pour un meilleur accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

Ce chapitre comprend deux sections qui sont les suivantes :

- L'identification des structures des intervenants interviewés
- L'identification des responsables et professionnels interviewés

I- La présentation des structures approchées

La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales fonde le secteur médicosocial. La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses fonde le secteur des soins en toxicomanie. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale institue les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui remplacent les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)³⁵⁷. Le décret du 14 mai 2007 vient préciser les missions

Le thème « *Présentation des structures interviewées* » comprend les sous-thèmes suivants : la nature des structures, leurs domaines d'interventions, et les activités des structures interviewées. Il convient de noter que pour certaines questions comme celles-ci ne concernant pas les fonctions ou les postes des personnes, mais directement les structures, nous avons choisi d'interroger exclusivement les responsables de structures.

1- Nature des structures interviewées

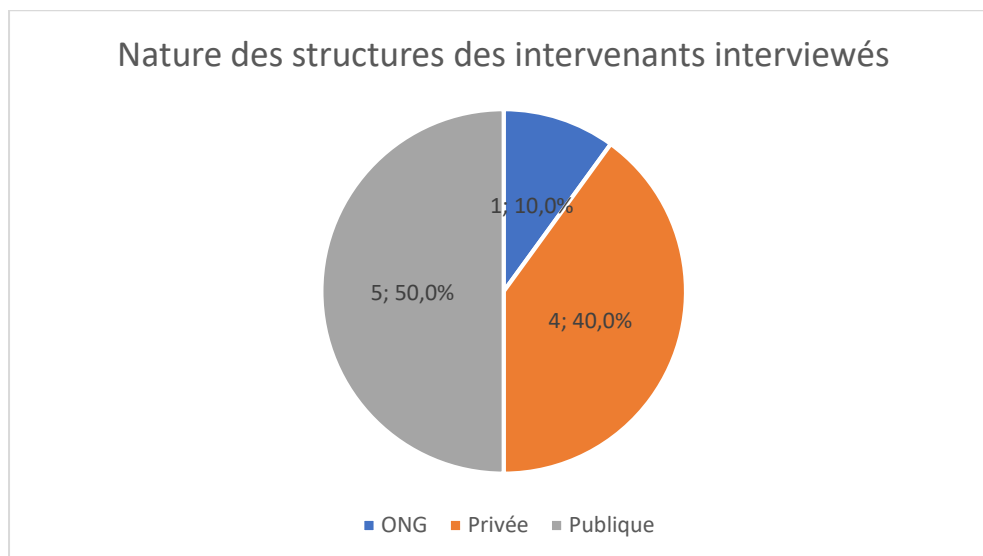
Comme résultats, nous voulons connaître la nature des structures des intervenants que nous avons interviewés.

Tableau 40-répartition des structures des intervenants interviewés selon la nature

Nature des structures interviewées	Total (Fréquence absolue (ou effectif : n=9))	Fréquence relative (%)	Fréquence cumulative
ONG	1	11,1%	1
Privé	4	44,4%	5

³⁵⁷ Annuaire action sociale. (Page consultée le 19 juillet 2022). *Centre de soins spécifiques pour toxicomanes (CSST) Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*, [En ligne]. Adresse URL : [https://annuaire.action-sociale.org/?p=centre-de-soins-specifiques-pour-toxicomanes--csst--330021908&details=caracteristiques#:~:text=CENTRE%20DE%20SOINS%20SPECIFIQUES%20POUR%20TOXICOMANES%20\(CSST\),-CENTRE%20DE%20SOINS&text=Un%20centre%20de%20soins%2C%20d,aux%20personnes%20atteintes%20d'addiction.](https://annuaire.action-sociale.org/?p=centre-de-soins-specifiques-pour-toxicomanes--csst--330021908&details=caracteristiques#:~:text=CENTRE%20DE%20SOINS%20SPECIFIQUES%20POUR%20TOXICOMANES%20(CSST),-CENTRE%20DE%20SOINS&text=Un%20centre%20de%20soins%2C%20d,aux%20personnes%20atteintes%20d'addiction.)

Public	5	55,6%	10
--------	---	-------	----



Graphique 26-répartition des structures des intervenants interviewés selon la nature

Du tableau ci-dessous, il ressort que nous avons trois occurrences concernant la nature des structures interviewées : ONG (1), privé (4) et public (5).

Parmi les structures interviewées, nous avons :

- Une ONG, qui est la Croix Bleue ;
- Quatre structures privées qui sont : la CAMERUP, Alcooliques Anonymes, le CSAPA et le cabinet médical libéral ;
- Et cinq structures publiques qui sont : le CHU de Nancy, Narcotiques Anonymes, le service de psychiatrie générale, du CHU de Verdun, Vie libre et le Centre médical des addictions.

2- Domaines d'intervention et activités des structures des intervenants interviewés

Notre postulat part du fait que les activités des structures d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques sont adaptées à la prise en charge des malades alcooliques. Ce postulat est basé sur la théorie de la gestion des populations cibles.

Les domaines d'intervention se basent sur ces logiques d'intervention. Ils se déclinent en activités, par la suite, pour atteindre les objectifs des modèles ci-dessus.

Le thème « *Domaines d'intervention et activités des structures des intervenants interviewés* » comprend les sous-thèmes suivants : domaines d'intervention et activités des structures des intervenants interviewés.

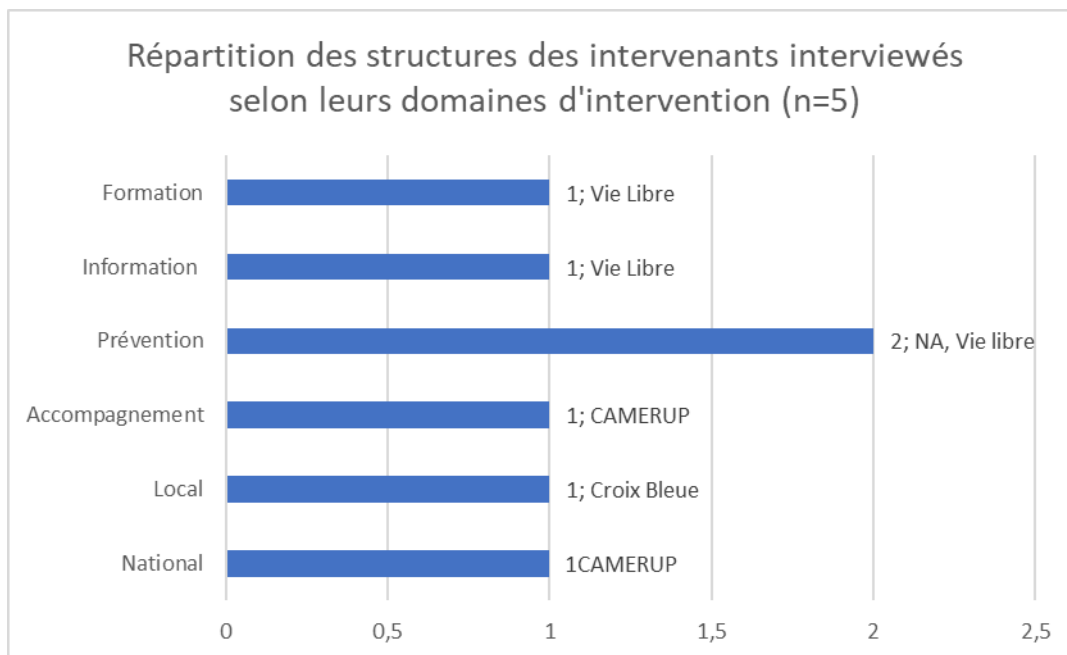
2.1- Domaines d'intervention des structures des intervenants interviewés

Nous partons du postulat spécifique selon lequel les structures qui travaillent dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, relèvent du secteur médical, social et du secteur médico-social, puisque la maladie est bio-psycho-sociale. Donc, un traitement de cette maladie va nécessiter une prise en charge de ces trois dimensions.

Ce sont cinq professionnels qui ont répondu à cette question.

Certaines structures ont une portée nationale comme la CAMERUP. D'autres structures à l'image de La CB de Lyon, sont locales. Par exemple, la Croix Bleue de Lyon intervient dans divers lieux, à Lyon. Ce sont : l'hôpital les Portes du Sud et le train à côté de la Doua.

Nous avons aussi d'autres domaines d'intervention tels que : l'accompagnement (AA de Metz), la prévention, (NA de Metz, Vie Libre de Thionville), l'information et la formation (Vie Libre de Thionville).



Graphique 27-répartition des professionnels et responsables interviewés selon le domaine d'intervention

2.2- Activités des structures des intervenants interviewés

Nous partons du postulat spécifique selon lequel les activités dépendent du domaine d'intervention.

Tableau 41-répartition des structures des intervenants interviewé selon leurs activités

Nombre d'activités	Fréquence absolue avec n=5	Fréquence relative en pourcentage	Fréquence cumulative
Plusieurs	4	80	4
Une	1	20	5

Il ressort de la lecture du tableau ci-dessus que 80 % des structures des professionnels et responsables interviewés proposent ou mettent en place plusieurs activités.

Concernant les activités des structures, nous avons des réunions d'associations.

« Ah oui mais nous, c'est quoi ? Nous, comme c'est une association, on va voir les gens, visites à domicile des malades, oui, des réunions, oui, oui, bimensuelles, et puis des repas, je sais pas

non ? c'est que ça, oui il y'a un psy qui vient tous les 3 mois ; il devait venir l'autre fois, mais il a eu un souci, donc... » Croix Bleue Lyon

« ...tenir des réunions hebdomadaires de partage, le mardi à 20 h » AA Metz

« Réunions d'entraide-visite dans les hôpitaux – dans les structures de cure et de post cure » NA Metz

Les femmes de Vie Libre Thionville se trouvent régulièrement. Elles abordent différents thèmes, entre autres : les « *dégâts de l'alcool, violences conjugales, entourage, solitude, addiction alcoolique au féminin...* »³⁵⁸.

« Avant : repas ; maintenant : réception des personnes qui désirent guérir » Vie Libre

Des visites sont effectuées par les associations. Nous avons également des repas. Nous avons aussi des rencontres avec les professionnels, sur des thématiques concernant l'alcool.

Nous rappelons que la CAMERUP a une visée nationale. Elle se charge d'encadrer l'accompagnement des associations d'entraide aux malades alcoolodépendants et leur entourage³⁵⁹. L'objectif de la CAMERUP est de coordonner les interventions des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique³⁶⁰. Les associations composant la CAMERUP, gardent leurs interventions de base. Les interventions de la CAMERUP visent trois axes :

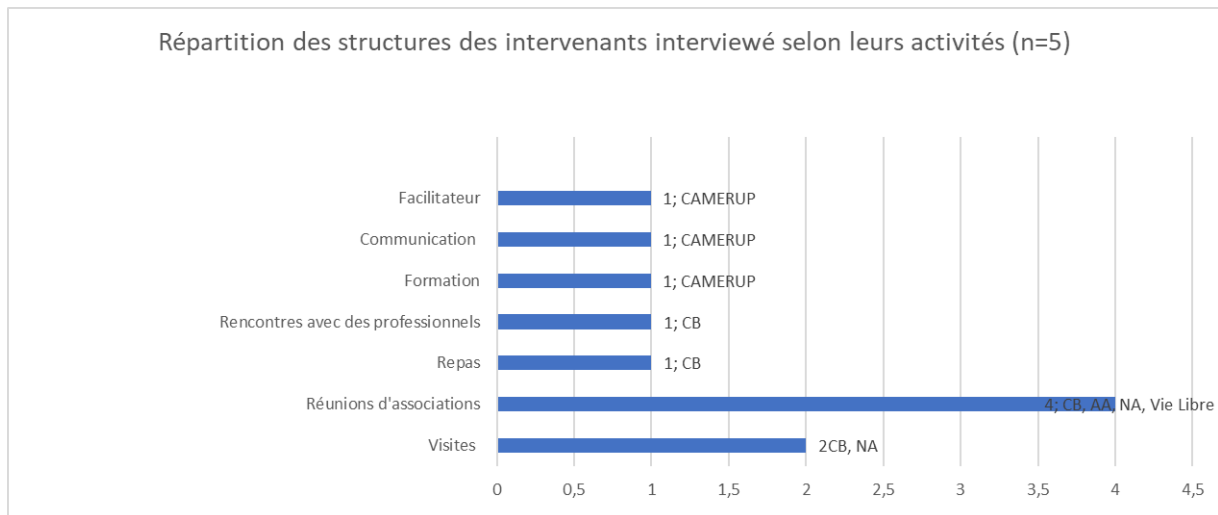
- Axe 1: l'Optimisation de l'accompagnement, par la Réduction des Risques ;
- Axe 2 : La qualité du service rendu, par la formation, la prévention, l'aide et l'accompagnement des malades alcoolodépendants ; nous rappelons que le dernier service fait partie des interventions de base des associations composant la CAMERUP ;
- Et l'axe 3 : La pertinence de la prise en charge par le renforcement du rôle des associations d'entraide, la communication et l'action publique.

« Formation, communication, facilitateur (accompagnement — prévention — politique) — former accompagnement législatif » CAMERUP

³⁵⁸ Libres. *Vie Libre dans l'action, Libres N° 323*, Janvier et février 2014, p. 17.

³⁵⁹Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide Reconnus d'Utilité Publique (CAMERUP). *Livre blanc*, Edition 2016, 2016, p. 26.

³⁶⁰Libres. *Vie Libre dans l'action, Libres N° 328*, Novembre et décembre 2014, p. 14.



Graphique 28-répartition des structures des intervenants interviewés selon leurs activités

3- Évaluation des objectifs des structures des intervenants interviewés

L'évaluation par objectifs est une technique qui permet à un évaluateur³⁶¹, de mesurer la performance ou l'efficacité d'une structure, par l'atteinte des objectifs. L'intérêt de cette technique est double, dans la mesure où elle permet une conception des interventions se basant à la fois sur interaction entre la pratique et la théorie. Cette technique met l'accent non seulement sur la dimension organisationnelle des interventions ; mais aussi, elle permet à l'évaluateur de réfléchir sur les choix dans la mise en place d'un objectif d'intervention, pour qu'il soit plus efficace.

Les questions posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Objectif général de la structure cette année 2017-2018 (+ résultats à atteindre) : Objectif général de la structure l'an passé 2016-2017 (+ résultats atteints) : donner quelques chiffres clés Pourriez-vous dire que vous avez atteint les résultats escomptés ? Pourquoi ? Quels sont vos axes d'amélioration ?* ».

Nous partons du postulat spécifique selon lequel une organisation possède une phase évaluative de ces objectifs en vue de l'ajustement de ses interventions futures. Cette phase fait partie de la démarche qualité. L'organisation tient compte de cette évaluation critique pour l'élaboration

³⁶¹ Centre EDISON. *Rapport d'activité 2017*, Metz, Centre Edison, 2017, p. 57.

d'interventions futures. L'évaluation permettra aux structures interviewées de prendre des décisions éclairées.

Comme résultats attendus, nous voulons savoir si les résultats escomptés ont été atteints, et connaître leurs axes d'amélioration.

Le thème « *évaluation des structures interviewées* » comprend les sous-thèmes suivants : l'objectif général, en 2017-2018, puis en 2016-2017, les résultats atteints et leurs axes d'amélioration.

3.1- Présentation des objectifs des structures des intervenants interviewés

Cette section a une visée descriptive des objectifs des structures interviewées, en vue d'une évaluation de ceux-ci. Nous partons du postulat spécifique selon lequel les objectifs des structures des intervenants interviewés dépendent de leur idéologie de soins et de leurs domaines d'intervention : réduction de risque, abstinence définitive, démarche restitutive.

L'intérêt de cette section est descriptif dans la mesure, où pour évaluer les objectifs des structures des intervenants interviewés, il faut tout d'abord les connaître.

Comme résultats attendus, nous voulons connaître les objectifs que les structures se sont fixés, la période de notre enquête du 15 novembre 2017 au 24 juin 2019.

Tableau 42-Répartition des structures selon les objectifs 2017-2018

Objectifs en 2017-2018	Fréquence absolue	Fréquence relative En pourcentage	Fréquence cumulative
Quantifiés	1	25	1
Non quantifiés	3	75	4

De la lecture du tableau, il ressort qu'en 2017-2018, 75 % des structures n'ont pas quantifié leurs objectifs.

« *Tenir des réunions hebdomadaires de partage, le mardi à 20 h* » AA

« *Pas d'objectif : faire en sorte qu'une personne revienne la semaine d'après et qu'elle ne consomme pas, c'est gagné ; qu'elle arrive à arrêter de consommer* » NA

« *Aucun compte, pas de chiffre* » Vie libre

Le fait de ne pas quantifier les objectifs pour ces structures est un choix. Les associations choisissent de concentrer leurs objectifs sur la qualité. La qualité, ici, consiste : à tenir les réunions hebdomadaires, faire revenir une personne qui franchirait la porte, exister pour pouvoir accueillir des personnes qui en font la demande ; être présents et inciter à revenir est leur seul objectif, il n'y en a pas d'autre. L'association ne disperse pas ses forces. Sur les bases des entretiens dans le logiciel NVIVO, concernant les objectifs généraux des structures, l'an passé 2016-2017, nous observons qu'aucun des objectifs cités par les personnes interviewées n'est quantifié. Pour les structures qui ont donné les réponses, les objectifs sont constants. Le modèle réhabilitatif et thérapeutique est constant.

3.2- Évaluation des résultats atteints des structures des intervenants interviewés

Parler de l'évaluation des résultats atteints revient à apprécier la mise en œuvre d'une action, ses aboutissements et ses manques.

La question posée pour recueillir les informations est la suivante : «*10. Pourriez-vous dire que vous avez atteint les résultats escomptés ? Pourquoi ?* »

Nous partons du postulat spécifique selon lequel une évaluation des résultats peut être faite à mi-parcours, en fin de parcours, par un intervenant de la structure ou un intervenant extérieur à la structure.

La CB de Lyon n'a pas de résultats escomptés. La CAMERUP dit qu'elle a atteint ses résultats escomptés. Les AA de Metz ont des résultats mitigés. Les NA finissent par dire qu'ils n'ont pas d'objectifs à atteindre. Tout ce qu'ils souhaitent, c'est que la personne finisse par arrêter de consommer. Mais, en soi cela n'est pas un objectif.

3.3- Axes d'amélioration des structures des intervenants interviewés

Un axe d'amélioration est une orientation donnée, en vue d'augmenter les qualités, les capacités, le niveau de quelque chose, de quelqu'un, pour les rendre meilleurs.

La question posée pour recueillir les informations est la suivante : «*Quels sont vos axes d'amélioration ?* ».

Pour s'améliorer, il y'a plusieurs leviers sur lesquels les structures peuvent s'appuyer notamment :

- 1- l'adéquation entre l'individu et le travail, ou l'aptitude de l'individu au travail ;
- 2- la qualité de vie au travail ;
- 3- les conditions de travail ;
- 4- l'organisation du travail ;
- 5- la différence entre travail prescrit et travail réel, etc.

L'intérêt de cette section est l'amélioration des interventions. L'intérêt d'identifier ces axes est le progrès continu de la structure.³⁶².

Nous allons recenser les différents axes selon lesquels les personnes interviewées pensent que leurs structures doivent s'améliorer.

Concernant les axes d'amélioration, les réponses sont diverses. Selon la matrice des professionnels et responsables, ce sont cinq personnes interrogées qui ont répondu à cette question.

La présidente de la CB Lyon souhaite plus de structuration. Quand elle parle de structuration, déjà au niveau de l'accompagnement, selon elle, « ...il y'a (beaucoup de personnes qui sont parties + problème de temps) ; ». Par ailleurs, elle joue plusieurs rôles hormis son rôle de présidente : trésorier, secrétaire ; ce qui ne devrait pas être le cas. Pour cela, et aussi des raisons administratives comme par exemple, faire les comptes pour les remettre à la structure de Paris, elle souhaiterait plus de structuration dans l'association.

Les responsables des structures suivantes CAMERUP, NA Metz se proposent d'améliorer la communication : pour la CAMERUP, ce serait plutôt une communication d'ordre médiatique, donc entre les professionnels et les associations d'entraide ; pour les NA, ce serait une communication d'ordre interne, au sein du groupe, donc avec les malades.

Pour le responsable AA Metz, « Il faut trouver des personnes qui acceptent de prendre des responsabilités. Il faut trouver des personnes qui veulent s'engager, qui prennent leurs temps pour faire les activités des associations d'entraide ». En fait, l'association recherche des bénévoles.

³⁶² Germain, Domitille, et Bérénice, Germain. (Page consultée le 14 juin 2022). « Étape 5. Créer une dynamique d'amélioration continue et autonome vers l'ambition », dans : *Confucius en action. Les principes du maître appliqués au management d'équipe, sous la direction de Germain Domitille, Germain Bérénice*. Paris, Dunod, « Management/Leadership », 2017, p. 115-148. URL : <https://www.cairn.info/--9782100759873-page-115.htm>.

Pour NA Metz, il faut travailler sur l'égoïsme. Certains professionnels exerçant dans le domaine de la prise en charge et de la réinsertion des malades alcooliques comme le responsable NA Metz pensent que pour s'améliorer, il faudrait que leurs structures puissent travailler avec d'autres groupes, faire « *du jumelage et du parrainage avec d'autres structures* », dont il n'a pas précisé le nom.

Vie Libre parle d'améliorer l'écoute des malades, ce qui permettrait un espace réel d'échange, d'expression, et d'apprentissage du nouveau mode, l'abstinence à l'alcool. Le fait que certaines personnes qui venaient avant ne viennent plus aujourd'hui, cette variation entraîne une impossibilité de « *quantifier les résultats atteints* ».

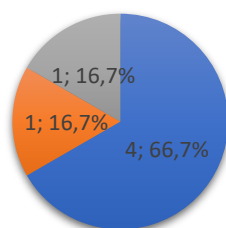
4- Composition des équipes d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques des intervenants interviewés

La question posée pour recueillir les informations est la suivante : « *Composition de l'équipe (bénévoles, professionnels) ? Quelles sont leurs tâches ? Quelles sont leurs fonctions ?* »

6 personnes ont répondu à cette question.

L'intérêt de cette question est de pouvoir identifier les postes des personnes qui travaillent dans ces structures. Cela est important dans le sens, où on peut mesurer s'il y'a un manque dans l'effectif du personnel ou si le personnel est en bon nombre.

Composition des équipes d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques des structures des intervenants interviewés (n=6)



- Bénévoles (Croix-Bleue, AA Metz, NA Metz, Vie Libre de Thionville)
- Bénévoles et professionnels (CAMERUP)
- Professionnels (cabinet médical libéral)

Graphique 29-répartition des professionnels et responsables interviewés selon la composition de l'équipe

Les personnes interrogées décrivent la composition de l'équipe en parlant : des postes, des tâches, des qualités des personnes, du niveau de cotisation, du processus de recrutement des personnes et du niveau de représentation des structures.

80 % des mouvements d'anciens buveurs sont composés de bénévoles. Toutes les autres structures sont composées de professionnels. Sont-ils formés ? Á la question de savoir si leurs équipes sont formées aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme ou l'addiction à l'alcool, 83 % des personnes interviewées ont répondu positivement à cette question. L'intérêt de cette question est social, dans la mesure où, non seulement la maladie alcoolique a été récemment reconnue comme maladie par l'OMS. Mais, son accompagnement nécessite encore des recherches approfondies pour avoir de meilleurs résultats. La maladie alcoolique est spécifique. Elle nécessite donc d'être connue au préalable, pour être soignée. Mais aussi, elle nécessite des soins spécifiques. Elle nécessite in fine un accompagnement spécifique³⁶³. Son accompagnement tend à se professionnaliser. Il existe déjà des formations, qui sont faites pour

³⁶³ Astier, Philippe. (Page consultée le 30 décembre 2021). « *La professionnalisation comme intention, comme processus et comme légitimation* », *Savoirs*, 2008/2 (n° 17), p. 63-69. DOI : 10,391 7/savo.017.0063., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-2-page-63.htm>

l'accompagnement des malades alcooliques. Le problème qui se posera pour les structures, est un manque de qualification certains domaines. Par exemple, un malade alcoolique abstinent peut être qualifié naturellement pour parler de son vécu à un autre malade alcoolique. Mais, pour des soins médicaux de la maladie alcoolique, il n'aura pas de qualification si lui-même n'est pas un médecin.

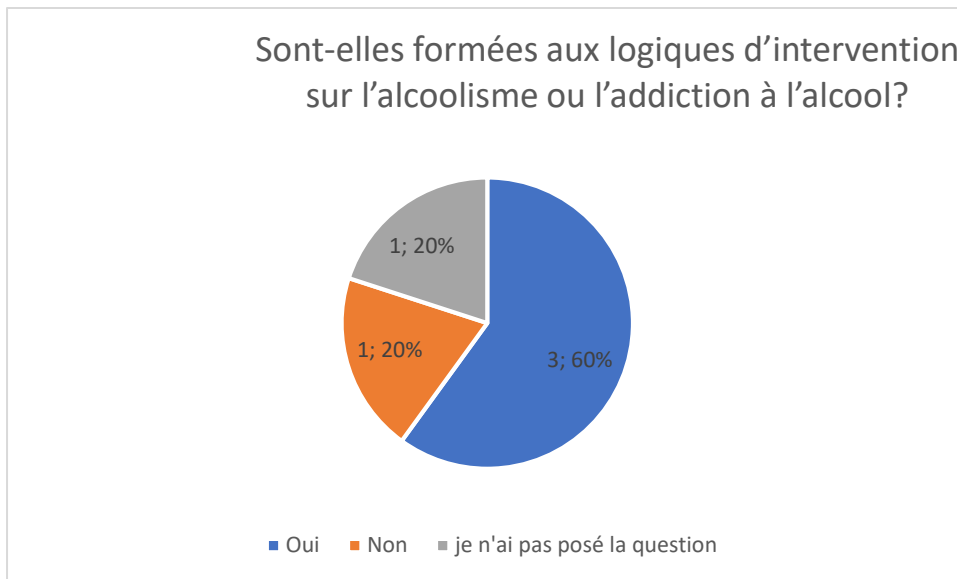
5- Formation aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme des équipes d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques des intervenants interviewés

La question posée pour recueillir les informations est la suivante :

«16. Sont-ils formés aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme ou l'addiction à l'alcool ? »

D'un point de vue théorique, les accompagnants, eux aussi reçoivent des formations pour mieux accompagner les personnes qui en ont besoin. Comme résultats attendus, nous voulons savoir le niveau de qualification des responsables et professionnels interviewés.

À la question de savoir s'ils sont formés aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme ou l'addiction à l'alcool, ce sont 3 personnes qui ont répondu positivement à cette question



Graphique 30-répartition des équipes de travail des intervenants interviewés selon la formation aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme

6- Difficultés rencontrées par les structures dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Les difficultés rencontrées se définissent comme étant des situations problématiques, qui empêchent d'atteindre les résultats escomptés et qu'il faut résoudre.

Dans cette section, il s'agira pour nous de savoir quelles sont les difficultés que ces structures rencontrent dans la prise en charge des personnes alcooliques. L'intérêt de cette question est à titre exploratoire et descriptif, pour de futures études plus exhaustives. En effet, ces résultats pourront nous permettre de dire par secteur de métier, quelles difficultés pourraient être rencontrées. N'ayant pas eu un grand nombre de réponses à cette question, nous ne pouvons généraliser les résultats à cette question.

Nous n'avons interviewé que six intervenants sur cette question. La raison est que nous avons opté pour une méthode d'échantillonnage non probabiliste, dès le départ. C'est une méthode subjective de sélection des personnes interviewées ; c'est-à-dire qu'elle est non aléatoire, elle n'est pas faite au hasard ; mais bien plutôt basée sur des critères de sélection des personnes à

interviewer, en vue d'avoir des informations sur la population d'intérêt³⁶⁴. Cette méthode non probabiliste est la boule de neige. Celle-ci consiste à interviewer de nouvelles personnes, que les anciennes personnes interviewées connaissent et qu'elles nous présentent, afin de pouvoir les interviewer, de façon volontaire³⁶⁵. En fait, avec cette méthode, nous n'avons interrogé, pour cette section, que les responsables de structures. Un responsable se dit d'une « *Personne ayant la charge d'une fonction de responsabilités au sein d'une administration, d'une entreprise, d'un mouvement, d'une organisation.* »³⁶⁶.

Cinq responsables seulement ont donné leurs réponses. Parmi les difficultés rencontrées, certains responsables évoquent le manque d'anciens.

AA : « (Moi) tu as dit manque d'anciens. Lui : Une fois abstinent ils, ils, ben, ils, cessent, ils cessent de participer aux activités des AA voilà et manque d'anciens pour assurer les services... mais il faudrait, il faudrait que ce soit quelqu'un du groupe qui reprenne ça ».

Par la suite, dans son discours, le responsable, nous livre un secret, il nous a appris ce qui lui a permis pour continuer à exercer sa responsabilité, malgré les difficultés rencontrées. Il déclare :

« ... moi je m'en fiche de l'anonymat. (Il rit) tout le monde sait que je suis aux AA... non ; c'est plus par rapport, ben, ça me permet moi de tranquillement maintenir mon abstinence hein... parce que en les aidant, tu t'aides toi-même. Si jamais, je n'ai pas de tentation de reprendre un verre, un truc comme ça, c'est parce, c'est parce que je sais que je suis pas comme celui qui vient, qui a une abstinence de 2, trois jours. Si jamais, je lâche, c'est la maladie qui m'attend derrière, parce que pour le moment, on ne sait pas la guérir cette maladie... »³⁶⁷.

Le manque des anciens est la conséquence du choix de ces individus qui ont décidé de partir. D'un point de vue éthique, si ces individus ne sont pas tenus de façon obligatoire de rester dans

³⁶⁴ Statistique Canada. (Page consultée le 14 juin 2022). *Échantillonnage non probabiliste*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>

³⁶⁵ Combessie, Jean-Claude. (Page consultée le 2 avril 2022). «IV. Sondages, échantillons », dans : Jean-Claude Combessie éd., *La méthode en sociologie*. Paris, La Découverte, « *Repères* », 2007, p. 45-54. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/--9782707152411-page-45.htm>

³⁶⁶ CNRTL. (Page consultée le 14 juin 2022). *Responsable*, [En ligne]. Adresse URL : <https://cnrtl.fr/definition/responsable>

³⁶⁷ CNRTL. (Page consultée le 1er mars 2022). *Anonymat*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/anonymat>

l'association après leur abstinence, ils sont dans leur bon droit de partir. D'autres intervenants ont observé comme autre difficulté l'isolement des malades alcooliques. C'est le cas du cadre, qui dit : « *Alors, la difficulté, euh, liée à l'isolement de, de ces personnes et au ; ce sont des personnes, qui d'elles-mêmes ne vont pas forcément demander d'aide et qui, et qui, en plus, c'est des personnes qui sont rejetées par l'entourage et par la société ; c'est-à-dire que la plupart des personnes qui viennent ici, c'est souvent parce qu'il y a une pression de l'entourage. Si tu, par exemple, l'entourage qui dit, ben si tu ne te soignes pas, je te quitte ; ou alors l'employeur qui te dit, si tu ne te soignes pas, tu vas perdre ton travail ; ou alors, le juge qui va dire, si vous ne vous soignez pas ; euh, à des degrés différents, c'est quasiment toutes les personnes. Après, y'a des personnes qui viennent d'elles-mêmes, parce qu'elle se rendent compte. Euh, on va dire la majorité des personnes au-delà de 50 % ils viennent d'eux-mêmes. Mais, quand on creuse un petit peu, on se rend compte parce qu'ils ont eu des difficultés par ailleurs.* » Les propos du cadre nous montrent, que leurs difficultés sont liées aux manifestations de la maladie. D'autres responsables aussi évoquent ce type de difficultés, comme par exemple, le fait de ne pas se reconnaître alcoolique, le déni qui est une manifestation de la maladie alcoolique.

CB Lyon : « *ben, c'est que, elles se reconnaissent pas alcooliques quoi ; je veux dire quoi ; mais, c'est marrant quoi ; c'est marrant, parce que ça fait 2 ou 3 fois, où ce sont des gens qui veulent se (quoi ? 58 MIN 34) alors, qu'avant, c'était souvent la famille, qui venait en disant : « Mon mari boit trop, il était alcoolique, ou mon mari, ou mon, ou mon fils, etc... Il boit trop, voilà.* ». Alors que là maintenant, ce sont les personnes qui font la démarche ; voilà, qui viennent et je pense, que c'est à cause, quoi ? Peut-être que c'est parce que dans les, dans les hôpitaux où les, où ils se font soigner euh, je veux dire, on leur donne des, des conseils, en disant euh, il faut se faire suivre par une association, etc. Il n'y en a pas des tonnes hein, je veux dire, mais bon voilà quoi et avant c'était souvent des familles qui venaient quoi ; des familles ou là, ou là, ou la conjointe ou les enfants qui venaient alors que là maintenant, c'est plutôt les, des malades quoi. »

« *Avant, c'était des familles qui faisaient la demande d'accompagnement, maintenant les personnes elles-mêmes se déplacent* » (CB Lyon)

En tant qu'association de terrain, le président de la CAMERUP, souligne comme difficultés, la notion d'assistance sociale et le secret professionnel. La CAMERUP a donc besoin, d'un réseau de contact qui pourrait garder, comme ligne de conduite, le secret professionnel.

Le serviteur du groupe des NA déclare que la structure n'a « *Pas de difficultés, à partir du moment où la personne est sevrée.* ».

7- La connaissance du milieu de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques : la connaissance des autres structures

Les questions posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *À part vous, existe-il d'autres structures dans le champ des malades alcooliques ? a) Oui b) Non ; Si oui, les citer* ». D'un point de vue théorique, il existait auparavant des clivages dans les soins en addictologie. Avec l'évolution des représentations sur les addictions en général, et l'alcoolisme en particulier, de plus en plus de secteurs en addictologie ont tendance à collaborer pour mieux soigner ces addictions.

L'intérêt est d'ordre évaluatif savoir si les structures interviewées connaissent leur milieu et si elles sont ouvertes à des sollicitations extérieures ou à la collaboration avec d'autres structures. Comme résultats attendus, nous voulons connaître le nom de structures qu'ils connaissent.

Tableau 43-Répartition des professionnels et responsables interviewés selon leur connaissance des autres structures dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Connaissance des autres structures	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	8	88,9
Non-réponse	1	11,1

De la lecture du tableau, il ressort que la majorité des personnes interviewées connaissent d'autres structures dans le champ des malades alcooliques (88,9 %).

Les structures citées sont : l'ANPAA, le CSAPA, la Psychologie, les infirmières, le Club sans al, le CMSEA , Alcool santé et la Croix Bleue.

Il y a des enseignements en psychologie par exemple qui « *peuvent parler de conduite* » pas tellement dans les soins, il peut avoir aussi un intérêt à parler conduites addictives à des psychologues par exemple et chez les infirmières aussi.

8- Besoins des structures approchées

Les besoins sont des éléments nécessaires à l'accompagnement médico-social des malades alcooliques. Pour connaître ces besoins, nous avons posé la question suivante : « *Quels sont vos besoins à tous les niveaux ?* »

Nous rappelons que de l'exposé des théories, nous avons des besoins théoriques et pratiques, pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. Au niveau théorique, en termes de représentation, même s'il existe une évolution remarquable par rapport à la notion de la maladie alcoolique, il faut encore travailler sur cette notion. Au niveau pratique, il existe un besoin de collaboration entre les intervenants, dans le domaine, pour ne pas éparpiller les efforts, en vue d'une prise en charge globale, coordonnée et continue des patients. Notre postulat part du fait qu'une prise en charge efficace des malades alcooliques nécessite aussi un entretien du réseau d'aide.

Dans un projet, l'étude de besoins ou l'analyse des besoins se trouve au niveau méthodologique du projet. L'étude de besoins permet de réaliser un diagnostic stratégique. À l'issue de ce diagnostic, un éclairage sur ce qui est réalisé et ce qui reste à être mis en œuvre, est fait. Ce point permet aux intervenants de réaliser plusieurs choses à la fois, notamment : une auto-évaluation du projet, sa remise en question, l'identification de ses conditions de réussite, la prise en compte des préoccupations de la population cible ainsi que des intervenants, et la visibilité des résistances, pouvant freiner le projet.

pas	c'est	qui	quoi	peut	donc	qu'on	tout	vue	assez	compre	compte
			euuh	est	même	des	déjà	etc	faculté	ils	nation
	mais	dire									nous
						encore	paris	avait	besoi	com	d'ens
				être	voilà						dans
			parce				pense	dit	n'y	n'est	probl
les						parle					solo
				plus	alors			gens	2011	chac	com
	non	oui					trésori			com	com
			veux			quand		hein	aux	d'un	elle
				une	fait		vous	médec	avis	dépa	faire
que										huit	l'atte
	c'est	pour	bien	ben	point	besoin	arriver	n'ont	cette	dis	frus
											ma
											monde
											orie
											n'a

Requête de fréquence de mots 14-Quels sont vos besoins à tous les niveaux ? (Surface)

À la question de savoir quels sont leurs besoins à tous les niveaux, les personnes ont répondu en termes de besoins administratifs, logistiques et financiers. Les structures ont besoin de : personnes disponibles pour assurer le service aux AA, d'amélioration des partenariats, en formation, entente au niveau du bureau national, meilleure visibilité de la discipline, augmentation du nombre d'heures et plus de subventions, le besoin d'aide financière.

9- Niveau de sollicitation de la structure

Il s'agira pour nous de savoir si les structures interviewées collaborent avec d'autres structures pour atteindre leurs objectifs ou si elles aident justement d'autres structures à atteindre leurs objectifs.

Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes :

« Êtes-vous sollicités par des personnes ou d'autres associations ? Est-ce que vous sollicitez d'autres associations ? et généralement dans quel cadre ? ».

Notre thèse part du postulat spécifique selon lequel dans le cadre de collaboration et de connaissances, avec la notion de parcours, de prise en charge globale et multidisciplinaire, il est possible que les structures échangent pour des besoins de formation, de référencement ou de partenariat.

L'intérêt est de voir leur niveau d'ouverture et/ou de collaboration. Comme résultats, nous voulons connaître les structures avec lesquelles les structures des intervenants interviewés collaborent.

Tableau 45-répartition des intervenants interviewés selon la sollicitation de leur structure

Sollicitation	Fréquence	Fréquence relative (en %)
Oui	8	88,9
Non-réponse	1	11,1
Sollicitation	Fréquence	Fréquence relative (en %)
Oui	5	55,5
Non	1	11,1
Non-réponse	3	33,3

De la lecture de ces graphiques il ressort que les structures sollicitent d'autres structures. Elles sont aussi sollicitées par d'autres structures.

II- L'identification des responsables et professionnels interviewés

1- Les secteurs d'activité des responsables et professionnels interviewés

Dans cette section, il s'agira pour nous de mettre en évidence, si les intervenants interviewés appartiennent au corps médical, social, ou médicosocial.

La question posée pour recueillir les informations est la suivante : « *Faites-vous partie du corps médical ? a) oui b) non* ».

Nous partons du postulat spécifique selon lequel pour soigner la maladie alcoolique, les intervenants proviennent de plusieurs disciplines ; sachant que l'accompagnement des malades alcooliques consiste en une prise en charge à la fois pluridisciplinaire, globale, mais aussi adaptée à chaque individu. En effet, l'accompagnement des malades alcooliques ne se limite pas uniquement à la prise en charge biomédicale du patient alcoolique. Il consiste aussi en leur prise en charge psychologique et sociale. Il consiste aussi en leur prise en charge psychologique

et sociale. Ainsi, il existe des professionnels, généralistes spécialisés, exerçant dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

Tableau 46-répartition des enquêtés selon le secteur de travail

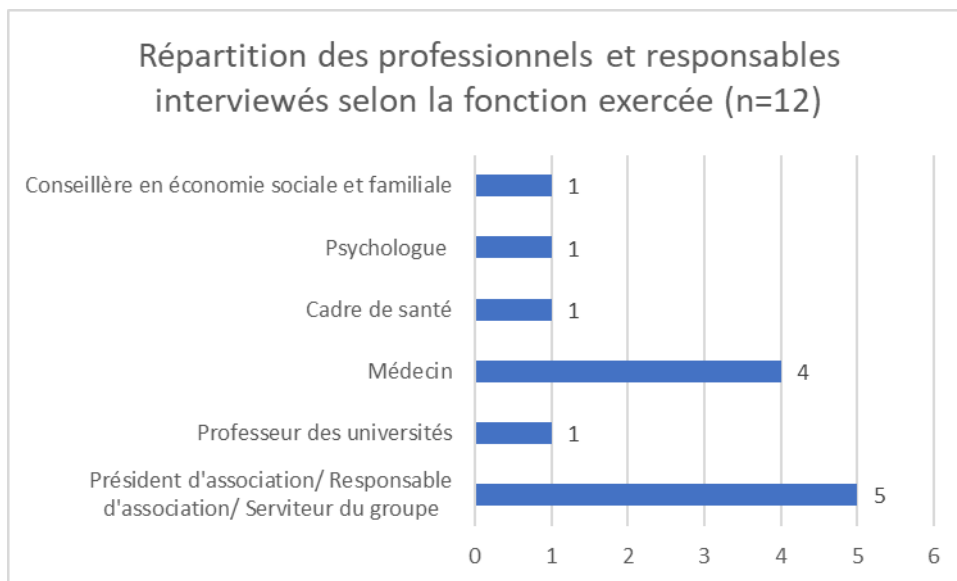
Appartenance au corps médical	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence cumulative
Oui	4	33.3	4
Non	7	58.3	11
Oui et non	1	8.3	12

Le tableau nous montre que la majorité des personnes interviewées (58,3%) qui accompagnent les malades alcooliques ne font pas partie du corps médical. Cette majorité est constituée de responsables de mouvements d'entraide d'anciens buveurs. Ainsi, le réseau d'aide du malade alcoolique est mixte, dans la mesure où le malade alcoolique peut parfois faire appel à des ressources humaines du domaine médical, et/ou des ressources humaines d'autres domaines, médico-social et social. Mais, le malade alcoolique ne peut pas faire appel à tout le monde, car certains membres de son réseau d'aide ont des domaines

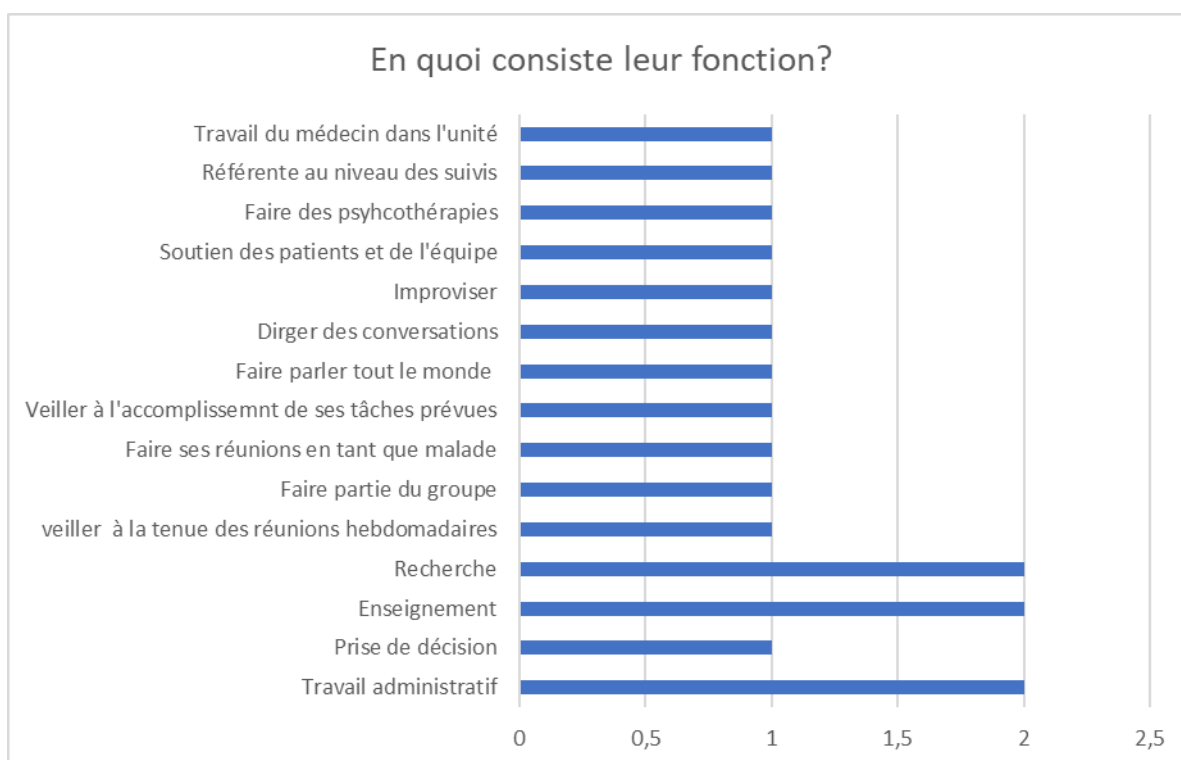
Professionnels, où ils ne se rencontrent pas physiquement. Par exemple, le professeur des universités ne peut rencontrer le malade alcoolique dans le cadre des soins, sauf s'il est praticien. Cette situation est qu'elle est la même pour le président de la CAMERUP, qui est une institution intermédiaire entre l'État et les mouvements d'aide aux anciens buveurs. Il n'est donc pas forcément la personne appropriée, pour accompagner le malade alcoolique. Car en réalité, le président de la CAMERUP ne rencontre pas physiquement le malade alcoolique. Il a plutôt une fonction de représentativité des malades alcooliques, au niveau national.

2- Les fonctions exercées par les responsables et professionnels interviewés

Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Quelle est votre fonction ? En quoi consiste-elle ?* ».



Graphique 31-Répartition des professionnels et responsables interviewés selon le titre de la fonction exercée



Graphique 32-Répartition des professionnels et responsables interviewés selon la fonction exercée

Des graphiques, il ressort que chaque personne interviewée exerce une fonction particulière dans l'accompagnement des malades alcooliques. Ce choix est intentionnel. En effet, notre objectif était de pouvoir interviewer l'ensemble des membres, pouvant constituer une équipe de réinsertion et d'accompagnement des malades alcooliques. Il nous semble que cette liste peut être aussi complétée. Nous constatons des similarités au niveau des titres, même, des fonctions. Mais, le graphique et le tableau nous montrent que même si certaines fonctions peuvent sembler identiques dans les titres, dans la réalité, elles ne le sont pas.

Selon la responsable de la CB, son travail est « *un peu administratif* », par exemple écrire à la mairie de Villeurbanne pour avoir une salle même s'ils ne sont que 3, pour les subventions aussi, et faire les comptes. Elle organise des activités comme les repas. Elle fait ou refait le travail des autres si nécessaire. Elle joue donc plusieurs rôles : tantôt le rôle de secrétaire, tantôt celui de trésorière, de l'impression du journal libérateur à distribuer, s'il y a besoin. Selon le président de la CAMERUP, son travail consiste à diriger la CAMERUP, c'est-à-dire à organiser des réunions du C.A., des groupes de travail thématique, et préparer des dossiers de subventions. Il préside les cinq associations qui sont reconnues d'utilité publique en France. Il est en relation avec le ministère de la santé, avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Il est l'interface entre les politiques, les députés, les sénateurs, les ministres et les organismes de tutelle que sont la MILDECA, la direction générale de la santé (DGS), la caisse primaire d'assurance-maladie également ; tout ce qui est professionnel de santé, la société française d'addictologie, la fédération française d'Addictologie, l'Association Addictions France, anciennement l'Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et en Addictologie (ANPAA). Le président de la CAMERUP travaille avec d'autres associations comme vivre avec le SAF (Précisez à quoi correspondent les initiales) pour faire de l'information sur le SAF, avec des associations comme l'Association Périnatalité Recherche Information (APRI). Il fait de la prévention information. Il a été à un colloque qu'il présidait sur la femme et l'alcool. Il a la responsabilité d'organiser et de gérer l'association, son rôle consiste aussi à trouver des moyens logistiques et financiers. Également, par rapport aux politiques, la CAMERUP fait des communiqués de presse. Elle n'hésite pas à « *gueuler* » quand il faut « *gueuler* ». Par exemple, ils ont demandé une réunion avec les

alcooliers pour travailler sur le pictogramme de la femme enceinte, sur l'affichage à proximité des collèges et lycée, parce que c'était devenu courant.

Selon le responsable de AA, son travail consiste à veiller à la tenue des réunions hebdomadaires.

Selon le responsable de NA, serviteur du groupe, sa fonction consiste à faire partie du groupe, faire ses réunions en tant que malade, en tant que dépendant, qui se rétablit et ensuite à l'issue de la réunion, voir si la tâche qui lui a été attribuée a été bien réalisée. Cela signifie que le responsable est un alcoolique, qui vient participer aux réunions, au même titre que les autres, pour son rétablissement.

Selon le Médecin psychiatre, sa fonction consiste à s'occuper d'un service de psychiatrie, service spécifiquement mandaté pour s'occuper des malades mentaux, en général.

Selon le responsable de vie libre, sa fonction consiste à faire en sorte de faire parler tout le monde sur un cas, de diriger des conversations ou de diriger un débat, d'improviser souvent.

Selon le cadre de santé, sa fonction consiste à : contribuer à l'organisation du service, au niveau de la gestion des emplois du temps et des personnes, puis contribuer à l'organisation de leur travail, enfin contrôler leurs activités, surveiller qu'elles effectuent bien leur travail. Il est aussi adjoint du directeur.

Selon la psychologue, son travail consiste à soutenir les patients, et faire des psychothérapies. Son travail consiste aussi à soutenir l'équipe.

Selon la conseillère en économie sociale et familiale (CESF), sa fonction consiste à être CESF du fait de sa formation de base. Elle est référente au niveau des suivis individuels de certains patients. Cela signifie que lorsqu'un nouveau patient arrive dans la structure, elle fait un premier entretien. Elle fait une évaluation de la situation de la personne. À la suite du premier entretien, la CESF désigne un référent qui instituera le dossier de suivi. Du fait du manque de personnel encadrant qualifié c'est souvent elle qui est référente des dossiers et qui encadre les suivis.

Selon l'addictologue, Médecin des hôpitaux, praticien hospitalier, sa fonction consiste à accueillir les patients, les traiter, prescrire, réalise le travail du docteur dans l'unité. Donc, il effectue les consultations, l'activité de recherche, l'activité d'enseignement et l'activité de la clinique auprès des patients.

Tableau 47-répartition des intervenants interviewés selon leurs rôles au sein de leurs structures

Rôle
Administratif
Formation et recherché
Assurer la tenue des réunions et informer Sur les AA
Coordonner les interventions d'accompagnement des malades alcooliques
Essayer de voir ce que la personne, comment la personne vit avec son alcoolisme? L'entourage; chercher les causes de l'alcoolisme
Évaluation, orientation, traitement, consultation

Il faut noter que les rôles sont en rapport avec les fonctions.

« Alors, maintenant, moi j'en fais plus de la prise en charge là, je même oui je fais des formations administratives très peu, mais je fais surtout de l'administratif, euh des congrès, des réunions, je fais de la représentation. Hein, j'étais à Bastia par exemple au congrès des psychologues, des psychiatres pardon de langue française là, c'était la présentation de la CAMERUP aux psychiatres hein, puisque c'était un nouveau mode de fonctionnement qu'ils ne connaissent pas forcément tous et partout. On est toujours dans une phase ascendante où il faut se faire connaître hein c'est un petit peu mon rôle » CAMERUP

Le président de la CAMERUP a essentiellement un rôle représentatif. Il ne fait pas d'accompagnement. Il forme. Il est dans le domaine de la transmission des connaissances. Il présente la CAMERUP aux différentes réunions auxquelles il est invité à le faire. Son rôle se situe donc au niveau de l'application des politiques d'accompagnement des malades alcooliques.

« Alors là on est dans le soin si on est dans L'accompagnement ? on est dans le soin ? tous les autres c'est enseignement. On forme d'autres personnes pour qu'ils aient des compétences et donc qu'ils puissent prendre en charge d'autres patients. Et puis le deuxième volet c'est la recherche : la recherche produit des connaissances et ces connaissances sont utilisées dans les soins ou dans le dépistage. Voilà le fait de mieux comprendre par exemple les mécanismes permettent d'envisager quel traitement on peut développer ou de développer des thérapies médicamenteuses ou Non médicamenteuses. L'aspect scientifique il est soit pour former des

gens pour qu'ils prennent en charge mieux leur patient soit d'apporter des connaissances qui vont être utilisées ensuite par les médecins ou les soignants. Donc le boulot d'un universitaire c'est ça » Le professeur

Le professeur joue parfois un rôle dans l'accompagnement, donc dans les soins. Nous l'interviewons en tant que scientifique. Le professeur va purement former des personnes pour prendre en charge d'autres personnes, que ce soit dans l'enseignement ou la recherche. Il reste donc dans le domaine de la transmission de connaissances.

« Assurer la tenue des réunions et informer sur les AA » AA

Là, on est sur un rôle de véritable accompagnateur. AA est aux côtés, en présentiel, des personnes en difficultés avec l'alcool. Nous rappelons que le terme « *accompagnement* » renvoie au terme de compagnon ; le terme compagnon renvoie à des liens de proximité entre des personnes.

« Alors moi c'est tout ce que je vous disais au niveau de l'organisation du contrôle des activités et même de l'animation des réunions institutionnelle de veiller à ce que l'ensemble des professionnels ici puisse mettre en œuvre ce qu'il fallait pour l'orientation ce qu'il fallait veiller à ce qu'ils aient utilisé les bons réseaux, les bons outils bah cad qu'à certains moments les professionnels sont en difficulté avec une situation et s'ils sont en difficulté avec la situation, c'est à moi qu'ils vont se référer et on va chercher des solutions. Alors par exemple on a des patients qui viennent pour un Problème d'addiction à l'alcool mais qui ont aussi des problèmes, un trouble psychiatrique par exemple c'est de, votre question elle est un petit peu vague parce que chaque situation est différente. Mais c'est-à-dire que moi je vais être un appui du professionnel. Si le professionnel n'arrive pas à aller au bout de sa démarche tout seul moi je vais l'aider à aller au bout de sa démarche » Cadre du centre EDISON

Le cadre se trouve au niveau de la coordination des interventions d'opération d'accompagnement des malades alcooliques. Il faut préciser que, la coordination, l'accompagnement, la formation sont différents niveaux dans la prise en charge des malades alcooliques ; Les malades alcooliques sont au centre de toutes ces actions. Mais, ils ne seront pas traités de la même manière. Le coordonnateur coordonne des interventions ; Il ne sera pas le plus proche des malades. Le formateur forme d'autres personnes pour mieux prendre en charge les malades. Lui non plus ne sera pas le plus proche du malade. Le professeur enseigne

des personnes pour mieux prendre en charge les patients. Seul l'accompagnateur sera le plus proche du malade.

« Mon rôle c'est en tant que psychologue essayer de voir ce que la personne, comment la personne vit avec son alcoolisme ? quelles sont les questions fondamentales d'hier et d'aujourd'hui ? ça peut être aussi avec l'entourage ben ça veut dire ce qui a amené le sujet à être dépendant aujourd'hui » Psychologue

Ici, nous voyons un travail collaboratif avec les personnes en difficulté avec l'alcool. Ce travail aussi fait partie de l'accompagnement.

« Et ben, en fait tout ce qui est évaluation ; Évaluation, ben, l'évaluation de ce que c'est, la pathologie, l'évaluation médico psycho sociale. Donc on est en charge de cette évaluation, prescription orientation et le soin. C'est difficile à résumer puisqu'on travaille Et ben, vous évaluez, quand vous évaluez une thérapeutique, comparez voilà vous êtes en face de moi Et vous je vous dis par exemple ben Vous êtes, tel et tel poids, tel truc, vous faites si, vous travaillez là, vous avez un métier pas de métier, vous avez des enfants, pas d'enfants, Vous buvez de l'alcool, pas beaucoup d'alcool ? ce n'est pas un questionnaire, c'est une discussion c'est une évaluation on a un dossier médical un dossier médical un dossier médical qui permet de collecter l'ensemble des données ben, orientation, après c'est le traitement. Quel traitement on met en place ? la consultation » Addictologue

L'addictologue parle avec le patient ; Il évalue la maladie. Toutes ces tâches relèvent de l'accompagnement. En soi, les tâches d'un accompagnant, d'un formateur ou d'un coordonnateur ne sont pas pareilles.

3- La formation suivie par les responsables et les professionnels interviewés pour exercer leurs fonctions

Les questions posées pour recueillir les informations sont les suivantes : *« Quelle formation avez-vous suivie pour exercer cette fonction ? Avez-vous suivi ou reçu une formation particulière pour la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool ? a) oui b) non »*

Les théories pour cette section sont la théorie des logiques de recrutement, la théorie des processus de formation, la théorie de la logique du marché, et la théorie du rapprochement des secteurs sanitaire et social.

Une étude réalisée par la mire sur la transformation des métiers du social a permis de mettre en évidence l'opposition entre deux logiques de recrutement dans le secteur du travail social. Certaines personnes peuvent être recrutées sur la base de leurs compétences, d'autres sur la base de leurs qualifications. Tout dépend des objectifs de l'institution.

Une personne peut suivre une formation, ou pas, pour exercer une fonction. Une personne peut aussi tout simplement travailler sur la base de la validation des acquis de l'expérience, qui n'est pas une formation, mais une reconnaissance des expériences professionnelles.

Selon Paule Sanchou, il existe plusieurs modalités de formation telles que : la formation comme acquisition de savoirs, la formation par l'expérience, la formation comme conceptualisation de l'expérience, la formation comme dynamique collective, la formation comme processus de structuration identitaire et l'organisation apprenante.

Selon Dominicé Pierre, et Stéphane Jacquemet, tout comme la formation dans le secteur social, la formation dans le secteur médical, en médecine emploie les mêmes types de processus de formation : formation continue, formation initiale, stages pratiques, pour ne citer que ceux-là. Ces modalités existent aussi dans le secteur médical. Entre autres, selon Dominicé Pierre, et Stéphane Jacquemet nous avons la formation continue, la formation initiale, et les stages pratiques³⁶⁸. Selon Chevandier, le monde hospitalier recrute des intervenants de plusieurs niveaux de qualification : « *très qualifiés (médecins), qualifiés (infirmières) et pas ou peu qualifiés (agents de service hospitalier et aides-soignants)* »³⁶⁹.

Selon les auteurs, Dominicé, Pierre, et Stéphane, Jacquemet, il serait aussi intéressant de décroiser les secteurs de la médecine et de l'éducation. Un premier but de ce rapprochement serait de « *bousculer la transmission des pratiques traditionnelles de transmission de connaissances* ». Un second but de ce rapprochement est le fait que « *les domaines cités se rapprochent et se côtoient* ».

³⁶⁸ Dominicé, Pierre, et Stéphane, Jacquemet. (Page consultée le 20 juin 2022). « *Formation et santé* », *Savoirs*, 2009/1 (n° 19), p. 7-36. DOI : 10.3917/savo.019.0007., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2009-1-page-7.htm>

³⁶⁹ Chevandier, Christian. (Page consultée le 31 mars 2023) « *Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers* », *Revue française d'administration publique*, 2020/2 (N° 174), p. 317-328. DOI : 10.3917/rfap.174.0021., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-317.htm>

Selon Tronche Didier, il y a des formations aujourd'hui dans les secteurs sanitaire et social³⁷⁰, qui suivent l'idée de rapprochement.

L'intérêt est d'ordre pratique, une meilleure connaissance des intervenants pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. L'intérêt de cette question est de savoir s'ils avaient suivi ou reçu une formation particulière pour la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool, la qualification professionnelle, les aptitudes pour occuper leurs postes de travail.

Ce thème comprend deux sous thèmes : 1- la formation suivie pour exercer leurs fonctions et La formation suivie par les responsables et les professionnels interviewés pour la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool

4.1- La formation suivie par les intervenants interviewés pour exercer leurs fonctions

³⁷⁰ Tronche, Didier. (Page consultée le 19 juin 2022). « Chapitre 6. Enjeux d'avenir pour le secteur social et médico-social. Formation, qualification questions autour des compétences », dans : Francis Batifoulier éd., Manuel de direction en action sociale et médico-sociale. Paris, Dunod, « Guides Santé Social », 2014, p. 117-140. DOI : 10.3917/dunod.batif.2014.02.0117., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/manuel-de-direction-enaction-sociale-et-medico--9782100554386-page-117.htm>

Dominicé, Pierre, et Stéphane, Jacquemet. (Page consultée le 20 juillet 2022) « Formation et santé », Savoirs, 2009/1 (n° 19), p. 7-36. DOI : 10.3917/savo.019.0007., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2009-1-page-7.htm>

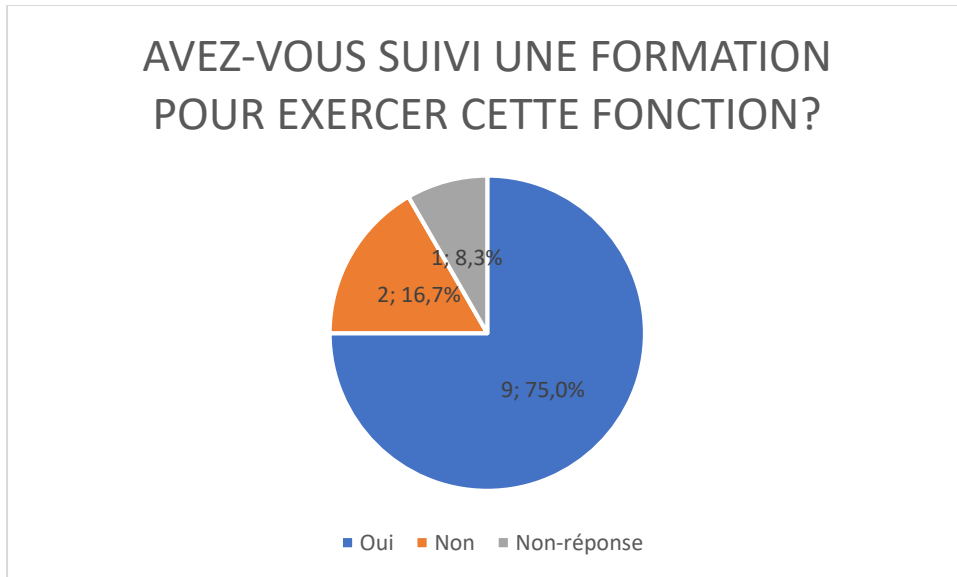
Autès, Michel. (Page consultée le 22 juin 2022). « La régionalisation des formations sanitaires et sociales. Les risques d'un déséquilibre », Informations sociales, 2006/7 (n° 135), p. 48-54. DOI : 10.3917/inso.135.0048., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-7-page-48.htm>

Jaeger, Marcel, (Page consultée le 20 juillet 2022) « Chapitre 8. Ajuster les formations aux nouveaux enjeux », dans : L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie, sous la direction de Jaeger Marcel. Paris, Dunod, « Santé Social », 2012, p. 169-188., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-articulation-du-sanitaire-et-du-social--9782100576579-page-169.htm>

Jaeger, Marcel, (Page consultée le 20 juillet 2022) « La formation des travailleurs sociaux : nouvelles configurations, nouveaux questionnements », Informations sociales, 2009/2 (n° 152), p. 74-81. DOI : 10.3917/inso.152.0074., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-2-page-74.htm>

Martin, Jean-Claude, (Page consultée le 20 juillet 2022) « Politique de formation et pratiques professionnelles des associations médico-sociales », Empan, 2004/4 (no56), p. 16-21. DOI : 10.3917/empa.056.0016., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2004-4-page-16.htm>

Au total 80% des personnes interviewé ont suivi une formation pour exercer leur fonction. 2 responsables ont répondu aucune (AA et NA)



Graphique 33-répartition des intervenants interviewés selon la formation suivie par les intervenants interviewés pour exercer leurs fonctions

Tableau récapitulatif : répartition des intervenants interviewés selon la la formation suivie par les intervenants interviewés pour exercer leurs fonctions

N°	Dénomination	Formation suivie
1	CB	Formation à Saint Chamond+ responsable parent d'élève au lycée, au collège, à l'école maternelle, au primaire, au collège et au lycée, formation dans ces Endroits
2	CAMERUP	Formation alcoologie tous les niveaux (si vous voulez y a les produits, y a la consommation après il y a le psy) psychologie ; alcoolisme au travail ; stages et Formations diverses

3	Professeur	Pour devenir professeur des universités, il faut passer un concours ; la nomination se fait par le ministère de l'éducation nationale. Et la proposition il faut d'abord être inscrit sur une liste d'aptitude du conseil national, d'université
4	AA	Aucune
5	NA	Aucune
6	Psychiatre	4 années d'internat) hôpitaux psychiatriques. Maintenant, pour être un psychiatre, il faut aussi faire l'internat général. Si vous faites soit la chirurgie, chirurgie générale, chirurgie orthopédique pneumologie, cardiologie, psychiatrie, alors c'est pareil.
7	Cadre	Diplôme d'infirmier à la base, plus une école qui S'appelle l'institut de formation de cadres de santé
8	Psychologue	Bac +5 en psychologie
9	CESF	CESF de formation + DU en addictologie clinique + un diplôme universitaire à Paris + d'autres formations annexes, ensuite qui ont, ou que j'ai demandé ou qui m'ont été proposées par la structure pour me diversifier aussi dans l'accompagnement de différents publics comme les adolescents, et familles, les groupes de parole, faire des ateliers thérapeutiques, des choses, comme ça
10	Addictologue	Le diplôme docteur en médecine, ensuite la capacité d'addictologie et le desk d'addictologie clinique, après la thèse ; la thèse prend 9 années ; après la thèse, vous faites des spécialités. Si vous voulez ; rajoutez deux ans pour l'addictologie. C'est une capacité de médecine ; on ne peut pas faire l'addictologie en sociologie

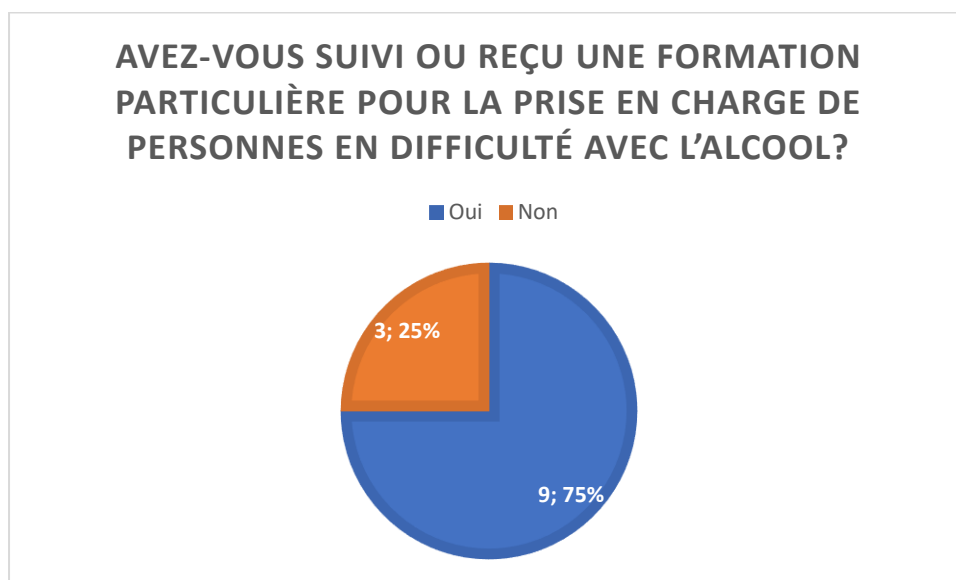
4.2- La formation suivie par les responsables et les professionnels interviewés pour la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool

Dans cette section, il s'agira pour nous spécifiquement de mettre en évidence la formation suivie par les intervenants interviewés pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. La question posée pour recueillir les informations est la suivante :

« Avez-vous suivi ou reçu une formation particulière pour la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool ? a) oui b) non ».

Nous nous appuyerons sur les théories du rapprochement du secteur du travail social et du secteur social, les théories de la logique de recrutement pour éclairer les propos recueillis des intervenants.

L'intérêt de cette question est de savoir s'ils avaient suivi ou reçu une formation particulière pour la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool, la qualification professionnelle, les aptitudes pour occuper leurs postes de travail.



Graphique 34-répartition des intervenants selon une formation suivie spécifiquement pour accompagner les malades alcooliques

4- Les difficultés en tant qu'acteur dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Dans cette section, ces difficultés concernent les acteurs, c'est-à-dire de façon spécifique, les intervenants au sein des structures. Dans cette section, il s'agira, pour nous, de questionner les éventuels freins à leurs interventions, au sein des structures. En vue de connaître les difficultés

rencontrées en tant qu'acteur par les intervenants interviewés, au sein de la prise en charge des personnes alcooliques, nous leur avons posé la question suivante : « *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant qu'acteur par rapport à la prise en charge des personnes alcooliques ?* ».

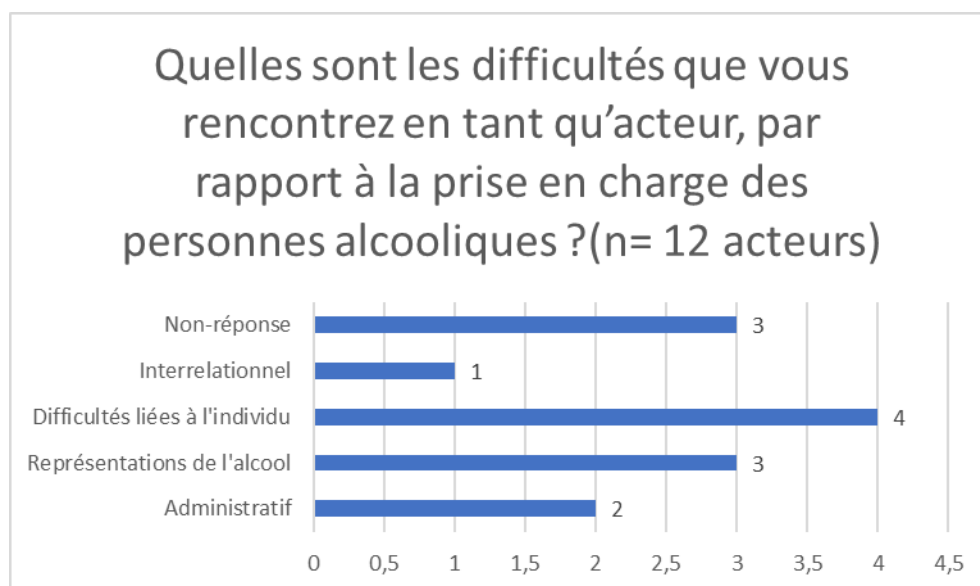
Nous rappelons que notre thèse part du postulat spécifique selon lequel étant donné, qu'il n'existe pas qu'un seul alcoolisme, mais plusieurs « *alcoolismes* », au niveau pratique, cette situation pourrait entraîner des difficultés du passage de la théorie à la pratique des intervenants du domaine. Les intervenants pourraient aussi des difficultés de compréhension des malades alcooliques, dues à leurs représentations sur la maladie, des difficultés de communication et de collaboration dans les soins avec les patients.

Dans un cadre de travail multidisciplinaire, les intervenants dans les soins en alcoologie pourraient avoir des difficultés « *à travailler ensemble efficacement* », des difficultés de collaboration. Les intervenants peuvent connaître des difficultés en termes d'accompagnement, s'ils n'ont pas reçu de formation pour l'accompagnement des malades alcooliques.³⁷¹

L'intérêt de cette information est d'ordre pragmatique. La connaissance des difficultés rencontrées par les intervenants interviewés, en tant qu'acteurs au sein de l'accompagnement des malades alcooliques, pourront servir d'expérience aux intervenants de ce domaine, afin d'adapter leurs réponses aux besoins et aux attentes des usagers³⁷².

³⁷¹ Boutet, Marc et Rémy, Villemin. (Page consultée le 11 février 2022). *L'accompagnement : un élément clé pour l'apprentissage en stage et pour le développement professionnel continu des enseignants*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.erudit.org/fr/revues/phro/2014-v3-n1-2-phro01353/1024591ar>

³⁷²Ministères de la santé et de la prévention. (Page consultée le 2 avril 2022). *Regards croisés : mieux se connaître pour mieux se comprendre*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/provence-alpes-cote-d-azur/article/regards-croises-mieux-se-connaître-pour-mieux-se-comprendre>



Graphique 35-Répartition des intervenants interviewés selon leurs difficultés en tant qu'acteur

Ce graphique ci-dessus nous présente les différentes catégories de difficultés, identifiées lors du traitement des informations. Nous constatons que les intervenants interviewés rencontrent des difficultés :

Liées à l'individu (36,4%), idéologiques (27,3%), administratives (18,2%) et interrelationnelles (9,1%). La détermination de ces catégories s'est faite sur la base des théories rappelées, dans l'introduction de la section. D'autre part, les discours des enquêtés nous permettront de mettre en évidence la part de chaque acteur de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, dans les difficultés rencontrées.

Les difficultés liées à l'individu sont d'ordre administratif³⁷³. À titre d'exemple de difficulté administrative liée à l'individu, le serviteur du groupe des NA de Metz déclare : « *les difficultés ben, nous on est content lorsque quelqu'un pousse la porte. Ça nous fait mal de voir qu'elle souffre parce qu'elle est en manque. Mais, nous on sait ce que c'est ; Alors dans nos partages, on explique, on comprend tout à fait, qu'est-ce que la personne vit. Rien qu'en ayant fait une réunion comme ça, ça l'aide, ça lui fait du bien. Donc, nous, on ne peut pas, on ne peut pas prendre parti ou euh voilà, c'est (l'enquêteur pose une autre question) ».*

³⁷³ CNRTL. (Page consultée le 15 juin 2022). *Administratif*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/administratif>
Administratif signifie « *Qui concerne le fonctionnement d'une administration, d'une organisation* ».

L'absence ou la partialité de l'accompagnement ne vient pas de l'intervenant, mais plutôt du malade qui est absent dans l'accompagnement. Il faut que le désir d'être accompagné vienne du malade. Le malade n'a pas poussé la porte ; c'est-à-dire que le malade n'est pas venu en réunion. Même, si l'individu ne vient pas aux réunions, l'intervenant n'est pas dans une position de jugement. L'intervenant observe le comportement d'absence. Il ne juge pas le malade alcoolique. Il le dit clairement : « ...*nous on est content lorsque quelqu'un pousse la porte...* ». Une fois que le malade alcoolique a le courage de franchir la porte, c'est la joie pour les autres personnes, qui ont l'habitude d'assister aux réunions. Le malade est alors entretenu par des partages, tout en sachant que la personne peut encore récidiver ; parce que la rechute fait aussi partie du processus de guérison. Donc, l'intervenant ne rencontre pas de difficultés en réalité, en tant qu'acteur. La difficulté est liée à la seule personne du malade, absent de l'accompagnement.

Les difficultés liées aux représentations de l'alcool sont d'ordre administratif ; c'est-à-dire, que dans l'accompagnement des malades alcooliques, les intervenants auront à prendre en compte la gestion des personnes, intervenants, malades, et non-malades, pour mieux accompagner les malades alcooliques. Les intervenants auront donc à prendre en compte les histoires, et/ou les valeurs, les idéologies et les objectifs de cet ensemble de personnes. Nous pouvons voir ce type de difficultés, dans les propos du professeur, qui déclare par exemple : « *moi je pense que la grande difficulté c'est ce que je disais tout à l'heure, je pense que en terme de représentations ça reste pas une maladie tout à fait comme les autres ; C'est la rationalité du patient et son incapacité de sortie parce qu'il n'a pas de volonté, parce que ci parce que ça Y'a pas de raison de penser que les représentations des étudiants en médecine Ou en santé en général soit très différentes de la population générale. Pour la population générale mais oui mais oui parce que on vient on est issu tous de la société et donc les représentations on sait que ce n'est pas une vraie maladie, c'est beaucoup un manque de volonté, on sait que c'est la rationalité des gens. En fait ça se termine souvent tard mais pourquoi il n'y arrive pas ? Ils n'ont qu'à changer alors même quand la définition de la dépendance est justement, qu'il n'y arrive pas parce qu'on a perdu le contrôle* ». Nous rencontrons aussi des difficultés d'ordre administratif. Le médecin nous explique : (revoir retranscription du médecin) Les difficultés interrelationnelles sont d'ordre administratif ; c'est-à-dire que la forme de la relation est à l'origine de la réussite ou

de l'échec de l'accompagnement. Nous allons prendre le cas de la CESF. A la question de savoir les difficultés qu'elle rencontre en tant qu'acteur, elle nous répond de la manière suivante : « *Alors, des difficultés plutôt de, de quel type ? Des difficultés avec les gens ? Enfin (elle se demande) ... Alors, bien entendu, la difficulté, j'ai envie de dire, la difficulté, si on peut trouver un peu des choses communes, euh, la difficulté, ça va être de, de pouvoir ; alors, ça veut pas dire, que c'est toujours difficile à faire, hein ? Mais, ça peut être un peu le challenge ou quelque chose, qu'il faut réussir à un petit peu intégrer; c'est que, pour que le, le, le travail d'accompagnement puisse se faire dans de bonnes conditions, vraiment, ça passe toujours par le fait de créer déjà une relation de confiance, qui peut, du coup, être ensuite cette relation, qui peut être une aide, euh, où la personne se sent quand même en sécurité; voilà, dans cet endroit, avec le professionnel qu'elle a en face ; peut être libre de dire certaines choses ; lui offrir cet espace- là de, de confidentialité, de ou elle peut se sentir à l'aise; euh, donc, ça, ça pourrait être une difficulté de comment tisser ce lien, qui est peut-être plus facile, avec certains, et moins avec d'autres. ».* Alors, les bonnes conditions dont la conseillère en économie sociale et familiale parle, c'est la création d'une alliance thérapeutique, pour pouvoir mener à bien le projet d'accompagnement de la personne en difficulté avec l'alcool.

5- Les différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure, pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Parler des différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure, pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques revient à parler des caractéristiques distinctives, de chaque fonction au sein d'une équipe d'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

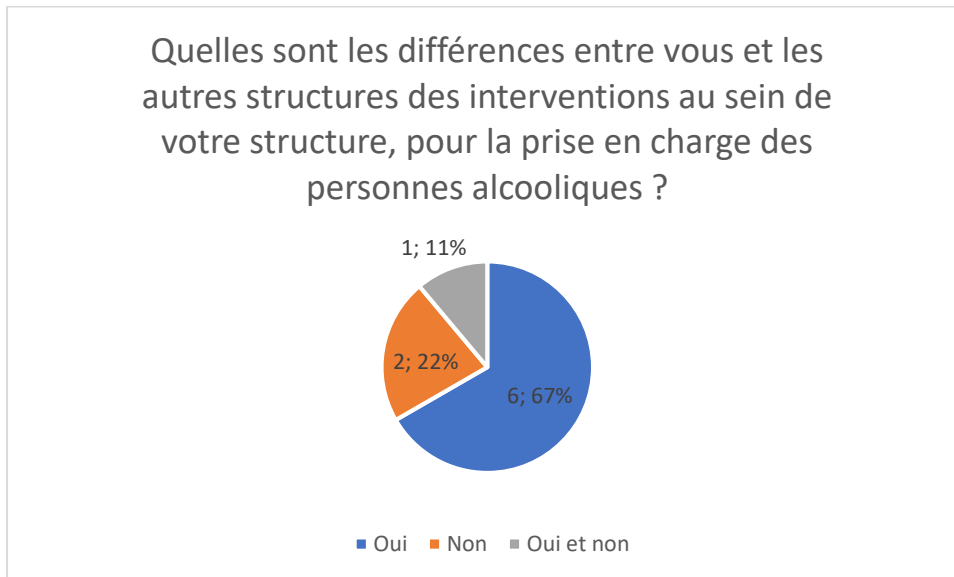
La question posée pour recueillir les informations est la suivante : « *Quelles sont les différences entre vous et les autres structures des interventions au sein de votre structure, pour la prise en charge des personnes alcooliques ?* ».

Nous partons du postulat spécifique selon lequel la prise en charge de la maladie alcoolique étant globale, elle répond aux spécificités des besoins des malades alcooliques ou des personnes en difficulté avec l'alcool. Ainsi, dans chaque structure ou dans chaque secteur d'activité, il y

aura des intervenants qui auront des spécialités qui correspondront aux demandes d'aide spécifiques des malades alcooliques ou des personnes en difficulté avec l'alcool.

L'intérêt est d'ordre pragmatique, la connaissance de l'organisation de ce genre d'équipe.

Comme résultats attendus, nous voulons connaître les autres postes qui existent dans leur structure et la spécificité de leur poste par rapport à ces derniers.



Graphique 36-répartition des enquêtées selon les différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure

Ce sont 11 personnes qui ont répondu à cette question. A la question de savoir les différences, 5 personnes ont répondu positivement (CAMERUP, Cadre, psychologue, CESF, addictologue) ; 2 personnes ont répondu négativement (NA, Vie Libre) ; Une personne a répondu oui et non (AA).

Tableau 48-répartition des enquêtées selon les différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure

Différences dans les rôles des intervenants au sein de leur structure	Aperçu
Oui	
Il faut un président en fait pour guider tout le monde ; niveau hiérarchique	CAMERUP, Cadre
Je fais un travail de psychothérapie	Psychologue
Accompagner le coté social de la personne	CESF
Médical	Addictologue
Non	
Non pas de différence, bonne entente entre les membres	NA
Tout le monde est capable	Vie libre
Oui et non	
De lecture par rapport à l'accompagnement : de base, non ; Moi : de base non, d'accord. Et de fond ? Dans les activités ? Lui : c'est la prise de conscience de qu'est ce qui amène le Service	AA

Deux (2) responsables ont répondu qu'elles se trouvent au niveau hiérarchique

«Bon, c'est le, oui ; oui, mais il faut, il faut, il faut un président pour guider tout le monde, en fait si vous voulez ; mais, le président a surtout un devoir de représentation, alors que les autres sont plus orientés vers leurs structures propres, vers leurs associations hein, alors que si vous voulez, moi je vais, ma, ma communication va vers le haut, vers les médias, vers les professionnels, vers les politiques et autres ; alors que eux, c'est, cette communication, ils la redescendent vers leurs membres pour qu'ils soient au courant de ce qui se fait, de ce qu'il y a la possibilité de faire. » CAMERUP

« Moi, la différence va surtout être au niveau hiérarchique. Donc je suis responsable hiérarchique, ça veut dire que moi je vais pouvoir leur dire, leur donner des consignes sur la manière de faire leur travail alors qu'eux ne peuvent pas et alors la particularité c'est que moi j'accompagne encore des personnes. Ce sera sur un petit temps et il y'a des structures et il y a d'autres associations, y a des structures ou les cadres de santé ne voient plus les patients. Mais moi je le vois encore un petit peu donc je suis encore sur le terrain avec les patients ça peut être ça oui ça peut être ça. Après ils prennent le relais nous on va respecter le choix du patient. Les patients savent à qui ils s'adressent et de qui ils ont besoin ? Donc à certains moments ils vont venir vers moi. Mais à certains moments, ils sont plus à l'aise avec le médecin ou alors plus à l'aise, avec le psychologue et là on le respecte. » Cadre

6- Les suggestions des acteurs pour l'obtention de meilleurs résultats pour l'accompagnement médicosocial

La suggestion est le fait de proposer à quelqu'un une idée. Selon Universalis, « *Est suggestion toute idée, toute parole, toute impression qui agit sur le psychisme du sujet et se transforme en acte* ». Dans cette section, il s'agira pour nous de recueillir les suggestions des malades alcooliques et des intervenants pour un meilleur accompagnement des malades alcooliques.

Nous nous appuyerons sur les théories des pratiques collaboratives pour éclairer les propos recueillis des intervenants.³⁷⁴

Nous avons posé les questions suivantes : « *Quelles sont vos suggestions pour de meilleurs résultats en général pour la prise en charge de personnes alcooliques ? une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool (volet prévention, accompagnement, insertion ou réinsertion, pôle étatique- associatif- médical- partenaire autre à préciser) ?* ».

³⁷⁴ Ministères de la santé et de la prévention. (Page consultée le 2 avril 2022). *Regards croisés : mieux se connaître pour mieux se comprendre*, [En ligne]. Adresse URL : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/provence-alpes-cote-d-azur/article/regards-croises-mieux-se-connaître-pour-mieux-se-comprendre>

Les suggestions pour les malades alcooliques se trouvent dans les questions du mot de fin. Les suggestions des responsables et des professionnels interviewés, dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, comprennent des suggestions pour de meilleurs résultats en général pour l'accompagnement médicosocial des malades Alcooliques, et pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant dans ce domaine. Au niveau théorique, plus précisément au niveau macrosocial, politique, en termes de suggestions, il faut savoir que les politiques internationales ne remplacent pas les politiques nationales. Mais, elles viennent plutôt les soutenir et leur fournir un cadre d'orientation. Donc, elles ne vont pas aller à l'encontre des politiques nationales. Mais, elles vont plutôt proposer aux Etats membres des mesures et des options d'action, à partir desquelles, elles peuvent s'inspirer pour la mise en œuvre de leur stratégie, pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Au niveau micro social³⁷⁵, thérapeutique, il existe des principes de prise en charge des problèmes d'alcoolisme. Après au niveau du choix de la méthode thérapeutique, il varie vraiment, selon l'intervenant. Certains préfèrent l'aquibonisme, l'égalitarisme, d'autres, la croisade. Le choix d'une méthode thérapeutique n'est pas suggéré à l'intervenant, immédiatement par des théories, mais par le va-et-vient fréquent et respectif, entre : premièrement, l'observation de l'état du patient, et son écoute ; c'est la phase de diagnostic, où le thérapeute décèle, si le patient est lucide ou pas, pour pouvoir répondre aux questions du thérapeute ; si le patient a des troubles, qui sont liés justement, à la prise de substances psychoactives, pouvant empêcher une rationalité de son jugement ; et deuxièmement, la prise en compte des choix du patient, assisté de sa famille, suite généralement à « *une phase d'informations et de conseil au patient et à sa famille par l'intervenant* »³⁷⁶.

³⁷⁵ Roussaux, Jean-Paul. (Page consultée le 5 avril 2022). « 10. Structuration dynamique du dispositif thérapeutique », dans : Jean-Paul Roussaux éd., L'alcoolique en famille. Dimensions familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Oxalis », 2000, p. 181-200. DOI : 10.3917/dbu.rouss.2000.01.0181., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/l-alcoolique-en-famille--9782804132989-page-181.htm>

³⁷⁶ Bioy, Antoine, Isabelle, Célestin-Lhopiteau et Chantal, Wood. (Page consultée le 5 avril 2022). « 10. Suggestions », dans : Hypnose. Sous la direction de Bioy Antoine, Célestin-Lhopiteau Isabelle, Wood Chantal. Paris, Dunod, « Les Ateliers du praticien », 2020, p. 54-56. URL : <https://www.cairn.info/hypnose--9782100746071-page-57.htm>

Le but du système de suggestions est d'« Améliorer les performances de l'entreprise à travers les idées émises par les collaborateurs. » et d'« Accroître l'attachement du personnel à l'entreprise et à ses objectifs. ».³⁷⁷

Comme résultats, nous voulons voir les suggestions des intervenants et des malades alcooliques, pour un meilleur accompagnement des malades alcooliques. Comme résultats, nous voulons voir les propositions des intervenants interviewés.

Cette section comprend deux sous-sections :

- 1- Des suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les personnes alcooliques,
- 2- Et des suggestions pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool.

6.1-Des suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les malades alcooliques

Un résultat est la conséquence d'un acte, ou d'un phénomène. Il peut avoir des résultats négatifs appelés échecs ou positifs appelés réussite. Le superlatif meilleur signifie qu'il existerait de moins bons résultats. Rechercher un meilleur résultat se définit comme « *Ce qu'on obtient en agissant dans un but défini*³⁷⁸ ».

Tableau 49-répartition des intervenants selon les suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les malades alcooliques

Formation	Aperçu
Lui: plus d'argent (on rit)	CAMERUP
2 choses: amélioration des connaissances; de plus en plus de prévention au niveau scolaire	Professeur, Psychologue
Et le changement des représentations de la population	Professeur

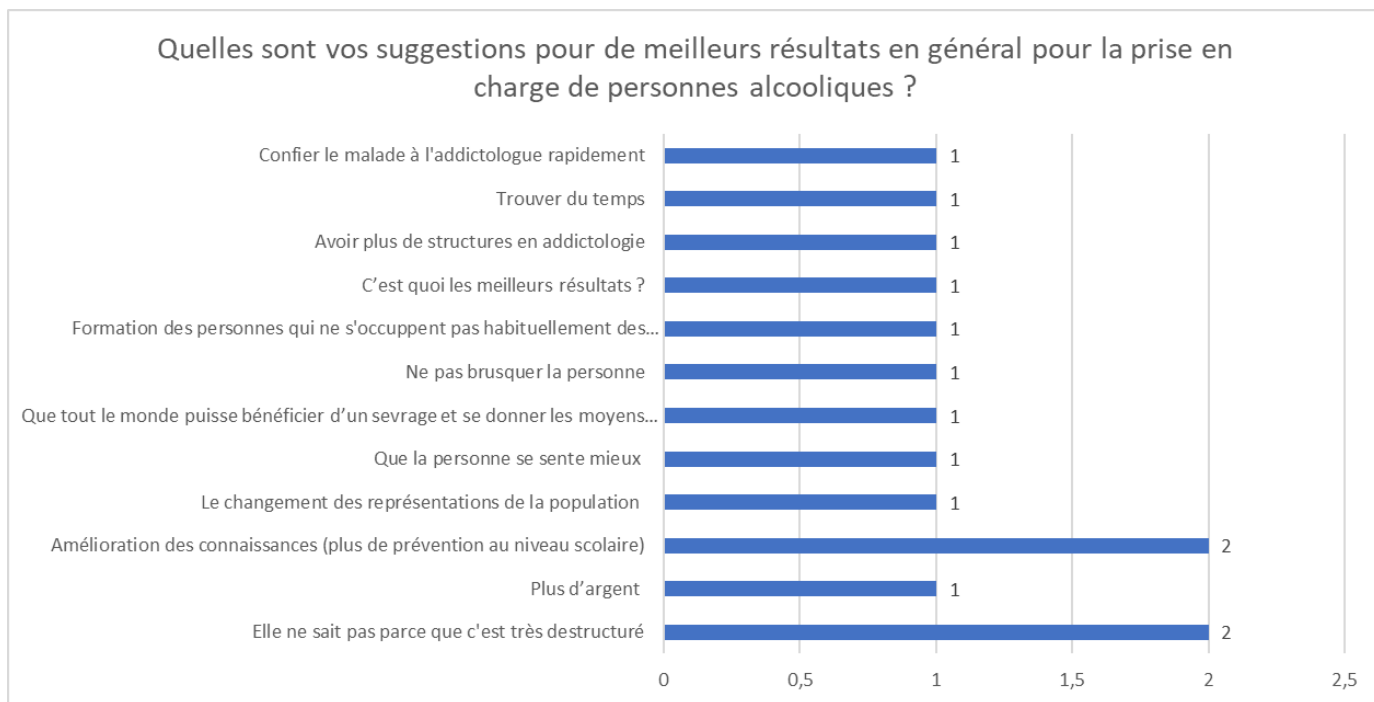
Demetrescoux Radu. (Page consultée le 5 avril 2022). « *Outil 13. Le système de suggestions* », dans : La boîte à outils du Lean. Sous la direction de Demetrescoux Radu. Paris, Dunod, « *BàO La Boîte à Outils* », 2019, p. 52-53., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-lean--9782100791422-page-52.htm>

³⁷⁷ Idem.

³⁷⁸ Larousse. (Page consultée le 8 avril 2022). *Résultat*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/résultat/68784>

Accompagnement	Aperçu
Elle ne sait pas parce que c'est très déstructuré. Il y a des gens qui n'ont pas besoin de tout ça. On est tous différent donc on ne peut pas, je peux pas donner mon avis	CB, NA
Que la personne se sente mieux	AA
C'est que tout le monde puisse bénéficier d'un sevrage et se donner les moyens d'aller en sevrage	NA
Ne pas brusquer la personne	Vie libre
C'est quoi les meilleurs résultats?	CESF
Avoir plus de structure en addictologie	Addictologue

Coordination	Aperçu
Formation des personnes qui ne s'occupent pas habituellement des malades Alcooliques	Cadre



Graphique 37-répartition des intervenants selon répartition des intervenants selon les suggestions pour de meilleurs résultats en général pour les malades alcooliques

6.2-Des suggestions pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool

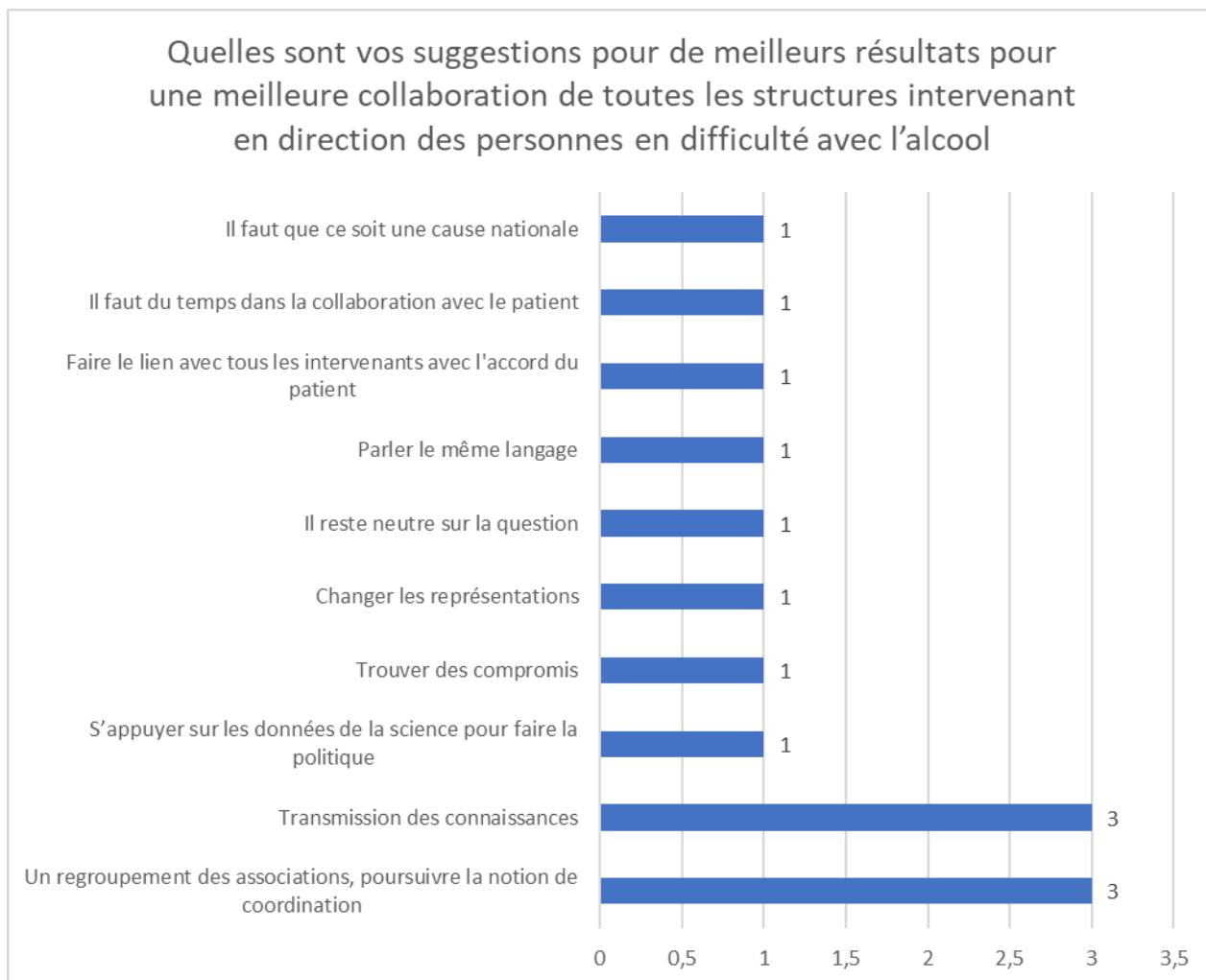
La collaboration se définit comme étant la « *Participation à l'élaboration d'une œuvre commune* ». Le superlatif meilleur signifie qu'il existerait de moins bonnes collaborations.

Tableau 50-répartition des intervenants pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool (volet prévention, accompagnement, insertion ou réinsertion, pôle étatique

Formation	Aperçu
Un regroupement des associations, poursuivre la notion de coordination, l'étendre à tout le pays	CB, CAMERUP, Psychologue

Accompagnement	Aperçu
Un regroupement des associations, poursuivre la notion de coordination, l'étendre à tout le pays	CB, CAMERUP, Psychologue
Rester neutre sur la question	NA
Qu'on parle le même langage	Vie Libre
Faire le lien avec tous les intervenants avec l'accord du patient	CESF
Il faut du temps dans la collaboration avec le patient lui-même	CESF
Il faut que ce soit une cause nationale	Addictologue
Transmission des connaissances	Professeur, Cadre, AA
Il faut s'appuyer sur les données de la science pour faire la politique...Donc, il faut trouver des compromis. Il faut trouver des compromis des compromis, mais des acceptables qu'ils ne soient pas comme actuellement uniquement au profit de la consommation et pas de la santé publique...Mais, changer les représentations, changer les mentalités, c'est très compliqué, et ça passe probablement par le changement des représentations de la population d'accord	Professeur

Coordination	Aperçu
Transmission des connaissances	Cadre



Graphique 38-répartition des intervenants pour une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool (volet prévention, accompagnement, insertion ou réinsertion, pôle étatique)

Conclusion

Ce premier chapitre a pour but l'identification des structures des intervenants interviewés et leur identification personnelle ; sachant qu'ils travaillent dans le domaine de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques. Ce chapitre comprend deux sections qui sont les suivantes : La présentation des structures interviewées et l'identification des responsables et professionnels interviewés, La question spécifique autour de laquelle s'articulera ce chapitre est la suivante : Quels sont les facteurs qui contribuent à l'abstinence des personnes ? Il y'a une

question particulière qui découle de la question ci-dessus. Elle peut être libellée de la manière suivante : qui sont les structures qui accompagnent les personnes en difficulté avec l'alcool ? Pour connaître ces structures, nous leur avons demandé certaines informations, notamment: leur dénomination, leur nature, leur date de création, leurs domaines d'interventions, leurs activités, leurs objectifs généraux, en 2017-2018 et 2016-2017, leurs résultats atteints, leur évaluation, leurs axes d'amélioration, leurs projets menés en direction des personnes alcooliques, leurs dernières activités réalisées, leur soutien au niveau financier, administratif et logistique, la composition de leurs équipes, le niveau de formation de leurs équipes aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme, la description de leur journée de travail, les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes alcooliques, la connaissance des autres structures, leurs besoins et leurs sollicitations.

Au total, pour notre étude, nous avons interviewé douze professionnels et responsables, issus de 10 structures : la CB, CAMERUP, CHU Nancy, AA Metz, NA Metz, Croix Bleue Verdun, Vie Libre Thionville, Centre Edison, Centre médical de Metz, et un cabinet libéral, dans le domaine de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques. Nous avons des structures privées comme le cabinet médical, le Centre Edison CAMERUP, NA Metz, et des structures publiques comme la CB, CAMERUP, CHU Nancy, AA Metz, NA Metz, Croix Bleue Verdun, et Vie Libre Thionville.

Certaines structures ont une portée nationale comme la CAMERUP. D'autres structures à l'image de La CB de Lyon, sont locales.

Ces structures ont divers des domaines d'intervention tels que : l'accompagnement (AA de Metz), la prévention, (NA de Metz, Vie Libre de Thionville), l'information et la formation (Vie Libre de Thionville). Leurs activités sont liées à leurs domaines d'intervention ou type de public cible. Concernant les activités des structures, nous avons des réunions d'associations, des visites, des repas, des rencontres, la formation, l'accompagnement, la communication, l'action publique.

Ce sont des structures très actives puisqu'elles proposent des projets, en même elles mènent des activités pour les personnes en difficulté avec l'alcool tels que : la signature de l'engagement (CB Lyon), la formation (CAMERUP), la recherche, l'évaluation de l'aspect des traitements médicamenteux et non médicamenteux, (le CHU de Nancy) en vue et d'autres qui ne sont pas

décrits. Au niveau de la composition des équipes, les structures interviewées sont composées à 80% de bénévoles. Certaines structures comme la CAMERUP emploient à la fois des professionnels et des bénévoles. La majorité ne quantifie pas leurs objectifs (75%). C'est un choix. Elles se concentrent plutôt sur la qualité des prestations : l'écoute, le fait de garantir un espace d'expression inconditionnel. Il ressort des entretiens que la majorité des structures interviewées (88,9 %) connaissent d'autres structures dans le champ des malades alcooliques. Elles sont sollicitées et sollicitent à leur tour d'autres structures pour mieux organiser la prise en charge des personnes alcooliques.

Au niveau de la formation, elles ont la pratique et la maîtrise de l'accompagnement des malades alcooliques. Dans l'accompagnement médico-social des malades alcooliques, le personnel qui s'occupe des malades alcooliques est mixte. Plus de la moitié (58,3%) ne proviennent pas du secteur médical et médico-social.

Dans l'accompagnement des personnes alcooliques, ces structures rencontrent des difficultés essentiellement liées à l'individu (36,4%), idéologiques (27,3%), administratives (18,2%) et interrelationnelles (9,1%). Par exemple, nous avons le manque d'anciens, le secret professionnel et le déni.

Comme suggestions, les résultats montrent que les associations sont en attente de reconnaissance de la part des médias et du monde médical. Selon elles, il faut une intégration de leurs besoins à ce niveau. Il faut aussi une amélioration de connaissance, et un regroupement des associations, pour une meilleure collaboration et prise en charge des personnes alcooliques.

Une force de ces associations est qu'elles soient formées aux techniques d'intervention de prise en charge pour les malades alcooliques. Ces associations présentent des faiblesses au niveau organisationnel : le manque de structuration au sein des mouvements d'entraide d'anciens buveurs et la collaboration/ d'intégration entre les structures intervenant dans le domaine de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques

CHAPITRE II : LA RELATION DES RESPONSABLES ET PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS AVEC LES PERSONNES EN DIFFICULTÉ AVEC L'ALCOOL ET LES MALADES ALCOOLIQUES ABSTINENTS

Introduction

Parler de la relation des responsables et professionnels interviewés avec les personnes en difficultés avec l'alcool, revient à évoquer la nature des rapports, qui lient ces intervenants, eux et les personnes en difficultés avec l'alcool.

Dans cette section, il s'agira pour nous de voir expressément, comment ces intervenants entrent en contact avec les malades alcooliques. Par ailleurs, il s'agira de comprendre aussi, le processus mis en place par les thérapeutes, pour construire des relations avec les patients alcooliques³⁷⁹.

La question spécifique autour de laquelle s'articulera ce chapitre, est la suivante : quels sont les facteurs qui conduisent les malades alcooliques à sortir de l'alcoolisme ?

Les questions posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Comment font-ils pour gagner la confiance des personnes alcooliques ? Comment font-ils pour avoir une bonne communication avec elles ? Comment font-ils pour les aider à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool ? comment font-ils en cas de rechute ? est ce qu'ils y arrivent ? Si non, selon eux, qu'est ce qui leur manque ? quelles sont leurs suggestions par rapport à l'étude ?* ». Comme le réseau social, le réseau d'aide du malade alcoolique doit avoir une fonction de support pour le malade³⁸⁰ ; c'est-à-dire instrumentale, ou expressive. C'est en cela qu'un réseau est efficace.

³⁷⁹ Monjauze, Michèle. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, In Press, Collection des pensées et des actes en santé mentale, 2011, p. 109-130.

Roussaux, Jean-Paul, Denis Hers, et Blandine, Faoro-Kreit. *L'alcoolique en famille. Dimension familiale des alcoolismes et implications thérapeutiques*, 2e édition revue et augmentée, De Boeck Supérieur, Collection Oxalys, 2000, p.177-180.

Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, Dunod, Collection Psychothérapies, 2003, p. 201- 204.

³⁸⁰ Joly, Thierry. *Entre sanitaire et social : L'intégration du malade alcoolique inscrit dans un processus de soins*, Mémoire présenté pour l'obtention de la Maîtrise de Sciences et Techniques Intervention et Développement Social et le Diplôme Supérieur en Travail Social. Université de Nantes U.F.R. Lettre et Sciences humaines, 2004, p. 27-

Selon Joly Thierry, « Parmi les conclusions proposées Amiel-Lebigre et Cognalons-Nicolet, i, il apparaît distinctement que le fait d'avoir des relations sociales présentant un certain nombre de qualités participent au bien-être de l'individu. « Des relations nouées avec des personnes qui partagent leurs goûts, aspirations...chez les gens capables d'ouvrir leur environnement relationnel »³⁸¹. Un bon support social permet de modifier l'impact d'événements générateurs de stress comme la perte d'un emploi. Source de tension, de souffrance et de dépression, le stress se traduit par des manifestations somatiques et psychologiques qui seront alors moins importantes lorsqu'un bon support social existe. À contrario, l'absence ou la faiblesse du support social constitue un handicap sérieux. En effet, les études de Kessler (1984) et Andrews, Tennant, Hewson et Schonell (1978) mettent en évidence une corrélation entre les maladies mentales, somatiques et le support social. »

Dans le domaine de l'alcoologie, Miller, William R., Wilbourne et Paula L. ont systématiquement réalisé une compilation d'études d'efficacité dans le domaine du mésusage de l'alcool, jusqu'en 2002. Ils les ont par la suite analysés. Ce travail de compilation analysé est appelé Mesa Grande. Ce travail a permis de classer les interventions thérapeutiques proposées aux patients présentant un mésusage de l'alcool, avec des scores cumulés de preuve d'efficacité. Certains principes efficaces de ces interventions thérapeutiques s'appliquent à tous les types d'intervention thérapeutique dans le domaine de l'alcoologie, quelle que soit la sévérité du mésusage ou du trouble et où qu'en soit le patient dans son parcours thérapeutique. Ces principes sont les suivants : l'instauration d'une alliance thérapeutique³⁸² et le soutien de l'entourage.

En psychanalyse, l'alliance thérapeutique³⁸³ est une modalité de soin d'une maladie. Celle-ci peut se définir comme étant : « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le

29.

³⁸¹ Idem.

³⁸² Carnet 2 psycho. (Page consultée le 15 juin 2022). *La définition de Alliance thérapeutique*, [En ligne]. Adresse URL: <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-alliance-therapeutique.html>

³⁸³ Idem

Bioy, Antoine et Maximilien, Bachelart. (Page consultée le 18 juin 2022). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques Perspectives Psy*, 49 4 (2010) 317-326, [En ligne]. Adresse URL: https://www.perspectives-psy.org/articles/ppsy/abs/2010/04/PPSY_494_0317/PPSY_494_0317.html; <https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>

thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. ». Cette modalité de soin nécessite donc une certaine confiance du thérapeute, envers le patient, par rapport à son implication dans les objectifs de la cure. Cette idée rejoint celle des philosophes, qui reconnaissent le regard d'autrui, comme l'une des sources de connaissances du savoir. Le thérapeute ne se fie plus à ses seules connaissances. Le thérapeute se fie aussi aux connaissances, que toute autre personne, que la société ainsi que lui, reconnaissent comme maîtrisant son domaine. Il s'agira de laisser une part de réflexion au malade, sur son propre cheminement, dans sa cure. Il s'agit de lui faire confiance. Ainsi, le lien de confiance ne se construit plus unilatéralement, comme dans l'approche biomédicale de la maladie. Il se construit dans les deux sens, du thérapeute vers le patient, et du patient vers le thérapeute, selon l'approche biopsychosociale de la maladie. L'objectif thérapeutique n'est plus uniquement le soin ou la contrainte du malade à se faire soigner, mais la consultation (le choix conscient du malade à consulter et son attachement à ses objectifs) du malade et de ses objectifs. Ce sont les critères collectifs du savoir. Le fait que le lien de confiance soit recherché, signifie qu'il est le fruit d'une construction sociale. Cette situation démontre que la confiance dans ces cas, n'est pas innée. *Vers la fin des années 1950, Ralph Greenson, Leo Stone, Hans Loewald préconisent l'alliance thérapeutique, afin d'accélérer la fin de la cure. En effet, à cette époque, les analyses étaient devenues interminables aux États-Unis. D'ailleurs cette modalité de cure était déjà décrite dans le transfert rationnel de Otto Fenichel (1941), et dans ce que Richard Sterba repérait en 1929, à propos de l'identification du patient à l'analyste le conduisant à s'intéresser au travail qu'ils doivent accomplir en commun. Dans l'alliance thérapeutique, « il s'agit d'établir une relation de confiance avec le patient, fondée sur une écoute empathique, sur la manifestation du désir d'aider à résoudre les problèmes tels qu'exprimés par la personne et avec une approche dénuée de jugement »*³⁸⁴. Les éléments qui caractérisent l'alliance thérapeutique sont l'écoute, la bienveillance et le non-jugement. L'alliance thérapeutique est un type positif de relation entre

³⁸⁴ Société Française d'Alcoologie. (Page consultée le 17 février 2022). *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique.* Société Française d'Alcoologie, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/570>

le soignant et le soigné. L'alliance thérapeutique est en quelque sorte une rencontre, un partenariat entre le thérapeute et son patient.

Ainsi, il peut avoir une fausse alliance³⁸⁵, dans laquelle l'individu s'attendrait inconsciemment à des objectifs, qui ne figureraient pas dans l'alliance thérapeutique et dont le thérapeute ne serait pas informé. En clair, le patient n'aurait pas totalement accordé sa confiance au thérapeute. Mais, le thérapeute, lui ne le sait pas. L'alliance se nourrit de dons mutuels, dons et contre dons. La plupart des échecs thérapeutiques sont souvent liés aux fausses alliances. Le thérapeute doit en prendre conscience pour comprendre qu'il peut avoir don et retrait du don de confiance du patient. L'alliance thérapeutique comporte à la fois un don et un retrait. Le retrait se fait lorsque l'alliance est brisée.

L'intérêt de ce chapitre est qualitatif, dans la mesure, où il nous permettra, de capitaliser les bons gestes professionnels pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

Comme résultats attendus, nous voulons connaître³⁸⁶ quelles sont les méthodes efficaces pour gagner leur confiance, maintenir de bonnes relations.

Ce chapitre comporte quatre sections qui sont les suivantes :

- La construction de liens entre les malades alcooliques et les intervenants dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques,
- L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes,
- L'évaluation de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes,

³⁸⁵ Gadeau, Ludovic. (Page consultée le 15 juin 2022). « *Voies de l'alliance thérapeutique. Pacte narcissique et temporalité* », *Le Divan familial*, 2002/2 (N° 9), p. 137- 150. DOI : 10.3917/difa.009.0137., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2002-2-page-137.htm>

³⁸⁶ Van Rillaer, Jacques. (Page consultée le 15 juin 2022). « *Prévenir et surmonter les rechutes* », dans : *La nouvelle gestion de soi. Ce qu'il faut faire pour vivre mieux*, sous la direction de Van Rillaer Jacques. Wavre, Mardaga, « *Psy-Émotion, intervention, santé* », 2012, p. 279-282., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/nouvelle-gestion-de-soi--9782804700942-page-279.htm>

Kostogianni, Nikoleta, et Isabelle, Varescon. (Page consultée le 15 juin 2022). « *I. Approche Motivationnelle et prévention de la rechute en addictologie* », dans : Serge Sultan éd., *Psychologie de la Santé*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « *Licence* », 2012, p. 151-174. DOI : 10.3917/puf.sulta.2012.01.0151., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782130593157-page-151.htm>

- Et les suggestions des responsables et des professionnels interviewés pour un meilleur accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

I- La construction du lien de confiance entre les personnes alcooliques et les intervenants dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Dans cette sous-section, il s'agira pour nous de comprendre les processus mis en place, par les intervenants dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, pour gagner la confiance des malades alcooliques³⁸⁷.

Qui dit gagner la confiance d'une personne, sous-entend par la même occasion, que la confiance n'est pas de nature innée, dans une relation interpersonnelle. Le fait que le lien de confiance soit recherché, signifie qu'il est le fruit d'une construction sociale.

Dans cette section, nous essayerons de décrire les différents mécanismes mis en place par les personnes pour gagner la confiance d'autres personnes, qu'elle soit innée ou construite socialement. Nous avons plusieurs théories qui démontrent cela, notamment :

- Des théories généralistes se rapportant aux neurosciences, aux sciences humaines et sociales,
- Et des théories spécifiques, dans le domaine de l'alcoologie.

1-Théories généralistes

Selon les neuroscientifiques, la confiance est naturelle. Elle est l'effet d'une hormone, l'ocytocine. L'ocytocine est « *une hormone naturelle produite par l'hypothalamus* ». Cette hormone joue un rôle attracteur dans les relations interpersonnelles, dans la mesure où les autres se confient beaucoup plus en la personne possédant cette hormone³⁸⁸. Pour le sociologue, Georg Simmel, on peut aussi gagner la confiance de certaines personnes, sans que ces personnes ne se sentent forcément en sécurité avec nous. Cette forme d'accord de confiance ressemble à un

³⁸⁷ Gadeau, Ludovic. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Voies de l'alliance thérapeutique. Pacte narcissique et temporalité* », Le Divan familial, 2002/2 (N° 9), p. 137-150. DOI : 10.3917/difa.009.0137., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2002-2-page-137.htm>

³⁸⁸ Weinberg, Achille. (Page consultée le 15 juin 2022). « *La confiance est-elle naturelle ?* », dans : Jean- François Dortier éd., *Le cerveau et la pensée. Le nouvel âge des sciences cognitives*. Auxerre, Éditions Sciences Humaines, « *Synthèse* », 2014, p. 447-451. DOI : 10.3917/sh.dorti.2014.01.0447., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/le-cerveau-et-la-pensee--9782361060466-page-447.htm>

« Saut » dans le vide. Elle entretient différents sentiments dont les risques de trahison et la peur du futur, par la personne qui place sa confiance en l'autre. Dans la même lignée que le sociologue Georg Simmel, le philosophe Lars Hertzberg explique « la différence qui existe entre le fait de compter sur quelqu'un de fiable et la confiance qu'on fait ou qu'on donne à quelqu'un, indépendamment de ses compétences spécifiques, en s'appuyant sur l'expérience de l'apprentissage »³⁸⁹. Le gain de confiance possède ainsi des raisons non objectives de la part des individus. Le neuromanagement³⁹⁰ permet d'étudier la place des intuitions dans le management. « Des chercheurs constatent que dans des situations identiques, les managers faisant confiance à leurs intuitions s'en sortent mieux que ceux qui ont tendance à se couper les cheveux en quatre avant de prendre une décision ».

Dans le domaine des sciences humaines et sociales, la confiance³⁹¹ est un sentiment, qui est construit socialement. La confiance est une notion, qui entretient un rapport spécifique avec la communication³⁹². Des lacunes dans la communication pourraient aboutir à un manque de confiance, de la part de personnes, qui entretiennent des relations. Dans notre cas, cette assertion signifie, qu'une insatisfaction de la communication pourrait aboutir à une instauration de méfiance ou un manque de confiance, de la part des malades alcooliques, envers les

³⁸⁹ Marzano, Michela. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Qu'est-ce que la confiance ?* », Études, 2010/1 (Tome 412), p. 53-63. DOI : 10.3917/etu.4121.0053., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53.htm>

³⁹⁰ Van, Laethem, Nathalie. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Outil 41. Les apports des neurosciences au management* », dans : La méga boîte à outils de l'agilité. Coordonné par Van Laethem Nathalie. Paris, Dunod, « *BàO La Boîte à Outils* », 2019, p. 130-133., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-mega-boite-aoutils-de-l-agilite--9782100794058-page-130.htm>

Halifa, Yves, et Patricia, Cadoux. (Page consultée le 26 octobre 2022). *Le manager négociateur. Entretenir la confiance, construire la performance collective*. Dunod, « Management / Leadership », 2017, ISBN : 9782100750269. DOI : 10.3917/dunod.halif.2017.01. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/lemanager-negociateur--9782100750269.htm>

Gadeau, Ludovic. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Voies de l'alliance thérapeutique. Pacte narcissique et temporalité* », Le Divan familial, 2002/2 (N° 9), p. 137-150. DOI : 10.3917/difa.009.0137., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2002-2-page-137.htm>

³⁹¹ Le Robert. (Page consultée le 4 janvier 2022). *Confiance*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr?param=confiance>

³⁹² Karsenty, Laurent. (Page consultée le 4 janvier 2022). « *Confiance interpersonnelle et communications de travail. Le cas de la relève de poste* », Le travail humain, 2011/2 (Vol. 74), p. 131-155. DOI : 10.3917/th.742.0131. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-2-page-131.htm>

intervenants, dans leur prise en charge. Dans le cas contraire, une communication réussie aboutirait à un meilleur accompagnement de ceux-ci ; sachant qu'une communication réussie dépend à la fois de la nature de la relation qui s'établit entre les individus, et des contenus échangés. Lorsque nous parlons de la nature de la relation, nous parlons d'une relation où la confiance existe, et dans laquelle les interlocuteurs ont plaisir à communiquer ensemble. Nous parlons aussi d'une relation saine, dans laquelle « *l'image que chacun a de lui et celle que l'autre a de soi sont cohérentes* ». ³⁹³

2. Théories spécifiques

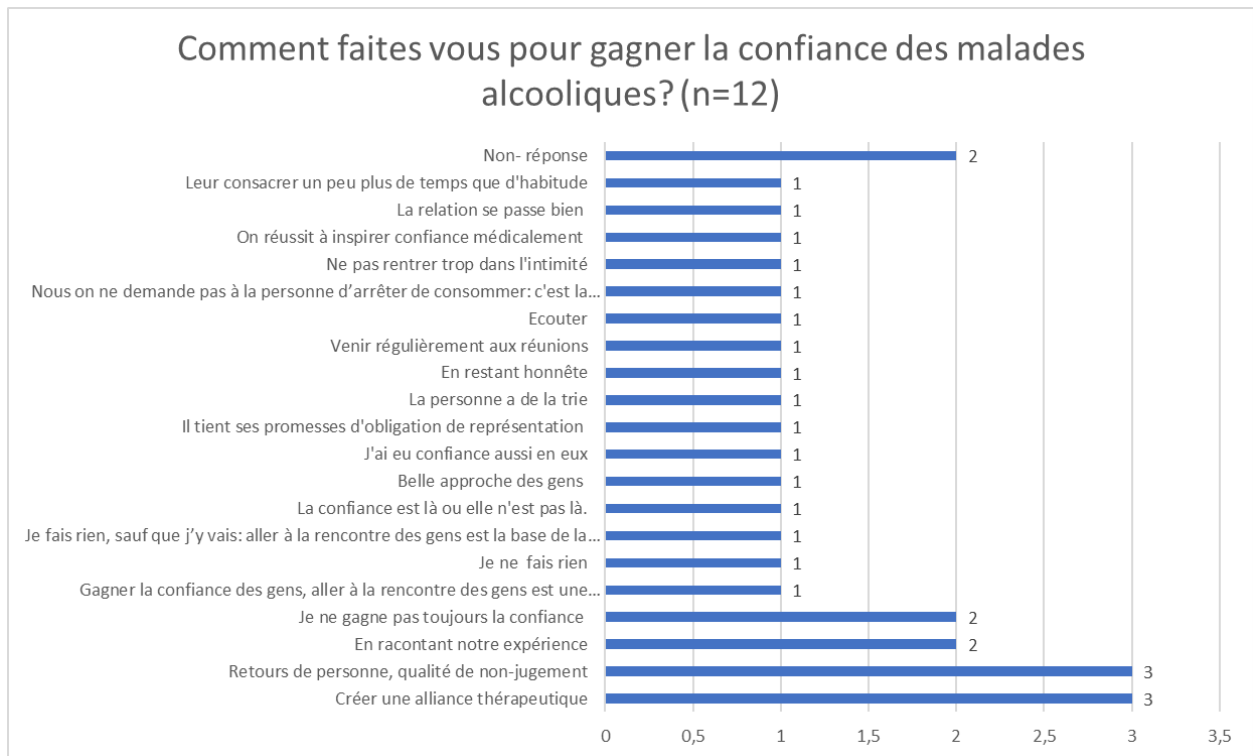
Dans le domaine de l'alcoologie, nous rappelons les principes efficaces des interventions thérapeutiques, s'appliquant à tous les types d'intervention thérapeutique, quelle que soit la sévérité du mésusage ou du trouble et où qu'en soit le patient dans son parcours thérapeutique. Ce sont les suivants : l'instauration d'une alliance thérapeutique³⁹⁴ et le soutien de l'entourage. Nous rappelons qu'il peut avoir une fausse alliance ⁵²⁷, don et retrait de confiance.

Dans le soutien de l'entourage, hormis la famille, les collègues de travail, les amis, nous avons aussi la pair-aidance, qui est l'introduction d'un patient expert dans le parcours de soins du malade alcoolique. Dans la pair-aidance, il s'agit d'établir une relation de confiance avec le patient, basée sur l'aide de pairs. Ces pairs sont nommés patients experts. Les patients experts sont des personnes ayant déjà l'expérience de la maladie addictive, en l'occurrence, l'alcoolodépendance. Ils ont aussi appris à vivre avec celle.³⁹⁵ Ils ont donc une connaissance fine de la maladie.

³⁹³ Brutus, Stéphane, et Alain, Gosselin. (Page consultée le 4 janvier 2022). « *Chapitre 7. Le feed-back en milieu de travail* », dans : Sylvie Saint-Onge éd., *Gestion des performances au travail. Bilan des connaissances*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « *Méthodes & Recherches* », 2007, p. 295-330. DOI : 10.3917/dbu.onge.2007.01.0295., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/gestion-des-performancesau-travail--9782804151959-page-295.htm>

³⁹⁴ Carnets 2 psycho. (Page consultée le 26 octobre 2022). *La définition de Alliance thérapeutique*, [En ligne]. Adresse URL: <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-alliance-therapeutique.html>

³⁹⁵ CAMERUP. (Page consultée le 23 octobre 2022). *Démarche patient expert*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.camerup.fr/wp-content/uploads/2017/09/Patient_Expert.pdf
France assos santé. (Page consultée le 23 octobre 2022). *Rôle des patients-experts en addictologie ?* [En ligne]. Adresse URL: <https://www.france-assos-sante.org/2021/01/29/role-des-patients-experts-en-addictologie/>



Graphique 39-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour créer des liens³⁹⁶ dans la relation thérapeutique ou la relation de soins³⁹⁷

Certains intervenants mentionnent la création d'une alliance thérapeutique, nécessaire pour pouvoir gagner la confiance des malades alcooliques. Parfois, les intervenants ne la gagnent pas). C'est le cas de la psychologue, lorsqu'elle déclare : *« je la gagne pas toujours, (elle rit) parfois ils sont pas prêts. Ils viennent parce que poussés par la famille. Donc, la confiance ou complicité (interdite dans une relation de travail) entre le thérapeute et le patient, ça peut être*

³⁹⁶ Bouley, Jean-Clair et autres. (Page consultée le 23 juillet 2022). «1. Créer du lien », dans : La famille adolescente. Conversations thérapeutiques, sous la direction de Bouley Jean-Clair, Chaltiel Patrick, Destal Didier et al. Toulouse, Érès, « Relations », 2006, p. 15-49., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/la-famille-adolescente--9782749206554-page-15.htm>

³⁹⁷ Grange-Ségéral, Évelyne. (Page consultée le 23 juillet 2022). « Lien social, lien thérapeutique, lien familial ». (Page consultée le 23 juillet 2022). Connexions, 2014/2 (n° 102), p. 69-86. DOI : 10.3917/cnx.102.0069., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2014-2-page-69.htm>

Formarier, Monique. (Page consultée le 23 juillet 2022). « La relation de soin, concepts et finalités », Recherche en soins infirmiers, 2007/2 (N° 89), p. 33-42. DOI : 10.3917/rsi.089.0033., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

long et c'est une question de transfert ça veut dire que c'est une rencontre entre deux personnes et parfois ça se fait pas »

« ...Et ben c'est ce qu'on appelle, c'est créer une alliance thérapeutique L'alliance thérapeutique c'est le lien que vous faites avec votre patient. En l'espace de quelques minutes ben, c'est par les techniques d'entretien c'est par le savoir-être, le savoir-faire addictologue »

C'est la théorie psychanalytique. Cette idée confirme l'efficacité de l'alliance thérapeutique, comme source de construction sociale d'un lien de confiance entre les intervenants et les malades alcooliques.

Ce sont les philosophes qui reconnaissent principalement l'existence de deux sources de connaissances, la raison et l'expérience.

Le fait que le lien de confiance soit recherché, signifie qu'il est le fruit d'une construction sociale.

« ...ben c'est, alors c'est une expérience c'est-à-dire, d'être de, de, de, d'aller vers les gens. Je veux dire au début, ben vous ne savez pas ce que vous allez leur raconter et pis à force, ils vous posent des questions, et puis ça se passe bien et puis le 2^{ème}, ben c'est comme ça, et puis le 3^{ème}, et puis 4^{ème} ; et puis vous dites ben voilà je pense que c'est une expérience quoi je veux dire. Quoi, je veux dire, c'est de l'expérience, c'est-à-dire que, je crois que ça se. Il y'avait une dame, une dame d'ailleurs qui, qui, on sait plus pourquoi elle vient plus à la croix bleue. C'est une dame qui avait eu de gros soucis en à 3, vers 20, 25 ans, et puis maintenant qui a 60 ans et tout. Elle était à la région parisienne...mais, j'ai eu confiance aussi en eux quoi ; je ne me posais pas (112 MIN 57 quoi ?). Quand je faisais confiance d'emblée quoi ...c'est vrai que, moi aussi je serais peut-être partie. Je sais pas, mais je veux dire après tu, tu n'es pas bête non plus. Mais je veux dire que, je fais confiance aux gens et puis, en plus, c'était pas un quoi ? ». CB

Lyon

Quant au médecin interviewé, il déclare leur consacrer un peu plus de temps que d'habitude, pour reprendre ces propos. Notons que le temps d'une consultation normale est de 15 minutes, et celui d'une consultation longue, 25 minutes.

Nous pouvons prendre l'exemple du psychiatre interviewé, dont la venue régulière a suscité la confiance chez les malades alcooliques.

Certains intervenants interviewés mentionnent le retour des personnes soignées (en philosophie, capitalisation de savoir), pour parler du processus qu'ils mettent en place pour gagner leur confiance.

Parler du retour des malades alcooliques et de celui des personnes en difficulté avec l'alcool, en rapport avec cette section met en évidence, les relations entre les notions de confiance et de communication, dans la prise en charge des malades alcooliques et des personnes en difficulté avec l'alcool.

En psychologie dynamique, le feedback est une notion qui a pour but d'étudier l'homme dans ses relations avec les autres, tout simplement les relations humaines. Un feedback positif permet d'améliorer le travail fait, de capitaliser des interventions. Les feedback de développement et de recadrage pourraient permettre d'améliorer le travail fait. Dans ces feedback sur les éléments qui jouent dans le gain de confiance, nous avons plusieurs éléments dont : la qualité de non-jugement (dans la définition de l'alliance), la joie de vivre dégagée par les membres des associations (théorie philosophique capitalisation du savoir) et une belle approche des gens.

Par ailleurs, pour gagner la confiance des malades alcooliques et des personnes en difficulté avec l'alcool, les membres d'association des mouvements d'entraide d'anciens buveurs racontent leur expérience. C'est ce qu'on appelle la pair-aidance. Pour la Présidente de la Croix-Bleue de Lyon, le gain de confiance est une expérience.

« ...*Ben c'est, alors c'est une expérience c'est-à-dire, d'être de, de, de, d'aller vers les gens...* ». Pour cette intervenante, le gain de confiance vient du fait qu'elle a pris l'habitude d'aller à la rencontre des gens.

D'autres intervenants mentionnent le fait que pour gagner la confiance des malades alcooliques, ils essayent de répondre, dans la mesure de leurs fonctions, aux attentes des malades alcooliques. C'est le cas du président de la CAMERUP. Il déclare : « *ben, là, on est obligé mais, d'aller au-devant hein. Donc, toutes les assemblées générales où je suis invité, j'y vais. J'explique clairement, ce que, je, quel est mon rôle que ce rôle est surtout pour les aider pour les valoriser, pour les faire reconnaître* ».

Pour gagner la confiance des malades alcooliques, il respecte ses engagements ; cela lui donne de la crédibilité aux yeux des malades alcooliques. De telle sorte que la reconnaissance de son travail lui fournit la fiabilité dans ses interventions. Il existerait une réciprocité de la confiance

comme nous l'avons expliqué dans la théorie sur l'alliance thérapeutique. L'extrait de la présidente de la CB nous permet d'illustrer cette assertion.

« ; mais, j'ai eu confiance aussi en eux quoi ; je me posais pas.... Quand je faisais confiance d'emblée quoi c'est vrai que, moi aussi je serais peut-être partie. Je sais pas, mais je veux dire après tu, tu n'es pas bête non plus. Mais je veux dire que, je fais confiance aux gens et puis, en plus, c'était pas un quoi ? ».

La confiance au départ pour elle, envers les malades alcooliques, est innée. Mais après, elle la construit socialement en posant des actes concrets, *« aller à la rencontre des gens »*. Son attitude d'aller vers les autres est naturelle.

C'est en quelque sorte un partenariat, le fait de voir des malades alcooliques participer à la réunion, parce qu'elle-même n'est pas alcoolique, c'est son mari qui l'était. C'est une manière d'accorder du crédit au travail qu'elle fait.

La confiance est rationnelle dans la mesure où les malades alcooliques qui participent aux réunions ont pu observer les transformations chez les autres. Le gain de confiance n'est pas dans un sens. Il est dans les deux sens. On peut décider de faire confiance comme on peut ne pas le faire. Gagner la confiance est aussi une question de rationalité de la part de l'individu. Elle a le choix de décider de faire confiance ou non.

Pair-aidance

« ... Et de toute façon la personne a de la « trie » quand elle voit des dirigeants, qui se rétablissent, qui vont bien, qui sourient, qui voilà pas que le problème est derrière eux... » NA

Certains responsables de la pair-aidance préfèrent ne pas promettre monts et merveilles, afin que les malades alcooliques leur accordent leur confiance avec une décision éclairée, ni contrainte, ni influencée. Pour illustrer ce moyen, nous prenons trois exemples, celui du serviteur du groupe NA, celui du cadre du centre EDISON, et du médecin. Leurs réponses sont les suivantes :

Le premier dit : *« en restant honnête, en ne promettant rien, en étant vraiment naturel. »*

Serviteur du groupe NA

Le second déclare : *« alors moi je, pas de jugement, et nous on ne demande pas à la personne d'arrêter de consommer. C'est elle qui décidera quand elle sera près de dire si elle peut le faire ou ne pas faire »* Cadre

Le troisième dit : « *la même chose comme pour tous les autres malades. Quand on est médecin traitant et que la relation se passe bien document initial sur la confiance il répond aux attentes des gens construction du lien de confiance* » Médecin

L'écoute et le respect³⁹⁸ font partie des moyens employés par les intervenants, pour gagner la confiance des malades alcooliques. Ces deux notions sont des conditions nécessaires pour une alliance thérapeutique.³⁹⁹

« *Quand ça se passe bien, on inspire confiance et qu'on réussit à inspirer confiance médicalement et à ne pas rentrer trop dans l'intimité non plus ça permet au patient de se confier plus facilement.* » Médecin

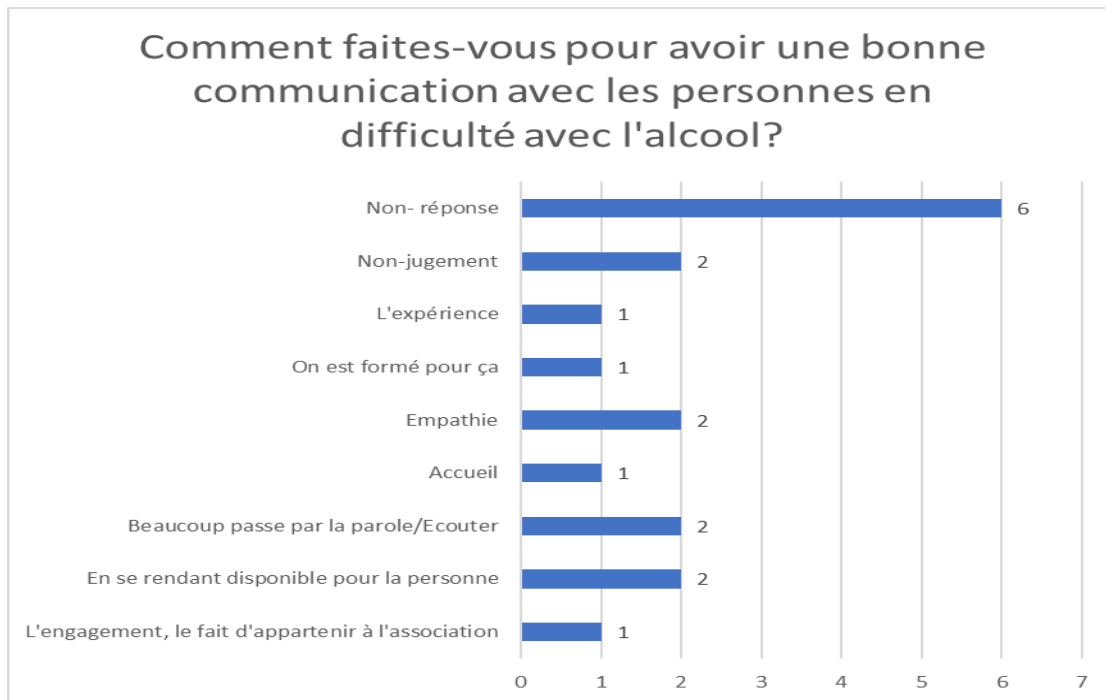
Le gain de confiance du malade alcoolique passe aussi par le degré de professionnalité du thérapeute, la maîtrise de son domaine d'intervention et la preuve de ses interventions.

« *On réussit à inspirer confiance médicalement* » veut dire que le médecin répond aux attentes des malades. Il se construit un lien de confiance entre le médecin et la personne soignée ce qui entraînera une alliance thérapeutique favorable pour des interventions futures.

La psychologue interviewée émet des limites par rapport au gain de confiance. Elle souligne que le manque de confiance d'un patient en un thérapeute pourrait aussi s'expliquer par des motivations individuelles. Elle déclare : « *je la gagne pas toujours (elle rit) parfois ils sont pas prêts. Ils viennent parce que poussés par la famille. Donc, la compliance entre le thérapeute et le patient, ça peut être long et c'est une question de transfert ça veut dire que c'est une rencontre entre deux personnes et parfois ça se fait pas... ben en les invitant à s'exprimer C'est-à-dire que par la parole* ».

³⁹⁸ Lien social. (Page consultée le 5 janvier 2022). *De l'écoute au respect, communiquer avec les enfants*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.lien-social.com/De-l-ecoute-au-respect-communiquer-avec-les-enfants>

³⁹⁹ Bioy, Antoine, et Maximilien, Bachelart. (Page consultée le 15 juin 2022). « *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques* », *Perspectives Psy*, 2010/4 (Vol. 49), p. 317-326., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-4-page-317.htm>



Graphique 40-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour créer des liens dans la relation thérapeutique ou la relation de soins

De la lecture du graphique, il ressort que pour les intervenants, plusieurs éléments, entre autres, le non-jugement, l'empathie, l'écoute, la parole, et le fait de se rendre disponible pour les malades alcooliques, favorisent une bonne communication entre eux et les patients. Il y'a d'autres éléments, tels que : l'accueil, l'engagement, le fait d'avoir appartenu à une association ou de fréquenter une association, qui rendent crédible l'intervenant, et favorisent une bonne communication, avec le malade alcoolique. Tous ces éléments font partie des principes efficaces des interventions thérapeutiques chez les malades alcooliques ; sachant que la première qualité la plus citée par les malades alcooliques, pour les personnes de confiance est l'écoute, une écoute « *sans jugement* ». Nous rappelons que les malades alcooliques se confient le plus souvent : « à l'association d'entraide (35,1%). Les amis (16,2%), le médecin traitant (13,5%), la famille (13,5%), le (la) conjointe. Les autres (compagne, généraliste, le groupe d'hôpital, le personnel médical, le psychiatre, n'importe qui et le psychologue), viennent en faible pourcentage ». En termes de représentation, l'écoute que ce soit du côté des malades (la capacité de s'exprimer devant une tierce personne, lui exposer ses souffrances, sa condition de

vie), que du côté des intervenants (la capacité d'écouter le malade, le laisser s'exprimer), est un élément non-négligeable pour la réussite de l'accompagnement.

II- L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes

Le sentiment⁴⁰⁰ d'impuissance⁴⁰¹ désigne littéralement le fait de percevoir une incapacité d'agir face à une situation donnée. Le sentiment d'impuissance, à l'instar du sentiment de culpabilité,⁴⁰² est un état affectif par lequel le sujet a conscience de son incapacité à aller plus loin dans une action. La rechute⁴⁰³ se définit comme étant la « *Reprise évolutive d'une maladie qui était en voie de guérison.* » L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes consiste en toute intervention de type médicosocial réalisée pour aider les malades alcooliques à surmonter le sentiment de non-maîtrise de la consommation d'alcool, et les aider à reprendre la voie de l'abstinence, dans des cas de rechutes. Cet accompagnement est un soutien.

Les questions qui ont été posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Comment font-ils pour les aider à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool ? comment font-ils en cas de rechute ?* »

D'un point de vue théorique, dans le cycle de changement, les intervenants essaient de dédramatiser l'échec thérapeutique, et de réunir les réseaux de soutien. Ils sont à l'écoute du patient, sans jugement, et font preuve de tolérance envers le patient. Les pairs aidants, patients experts, et/ou membres de mouvements d'entraide d'anciens buveurs partagent leurs expériences au cours de réunions, de groupes de paroles.

⁴⁰⁰ Larousse. (Page consultée le 16 juin 2022). *Sentiment*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138>

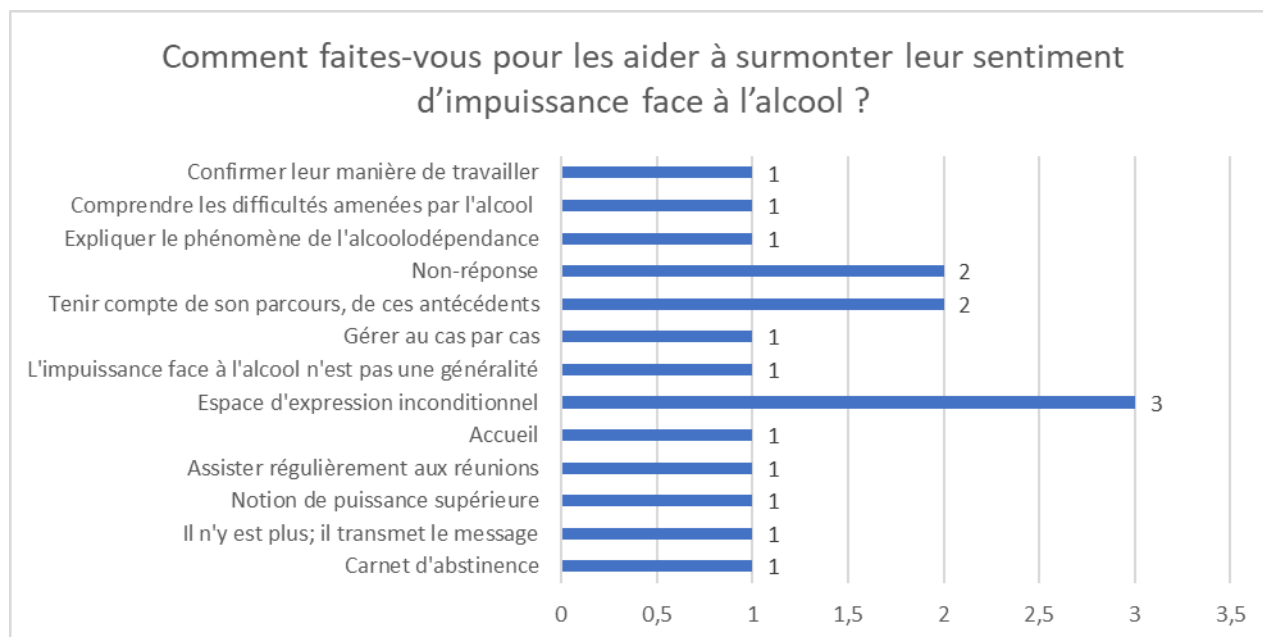
⁴⁰¹ Larousse. (Page consultée le 16 juin 2022). *Impuissance*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/impuissance/42061>

⁴⁰² Grawitz, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, p. 370.

⁴⁰³ Kostogianni, Nikoleta, et Isabelle, Varescon. « *I. Approche motivationnelle et prévention de la rechute en addictologie* », dans : Serge Sultan éd., *Psychologie de la santé*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « *Licence* », 2012, p. 151-174. DOI : 10.3917/puf.sulta.2012.01.0151., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/--9782130593157-page-151.htm>

L'intérêt de cette section est la capitalisation de connaissances, pour un ajustement de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, au besoin.

Comme résultats, nous voulons connaître les moyens généraux et/ ou particuliers qui sont utilisés par les intervenants lors des accompagnements pour aider les malades alcooliques à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool et leurs rechutes.

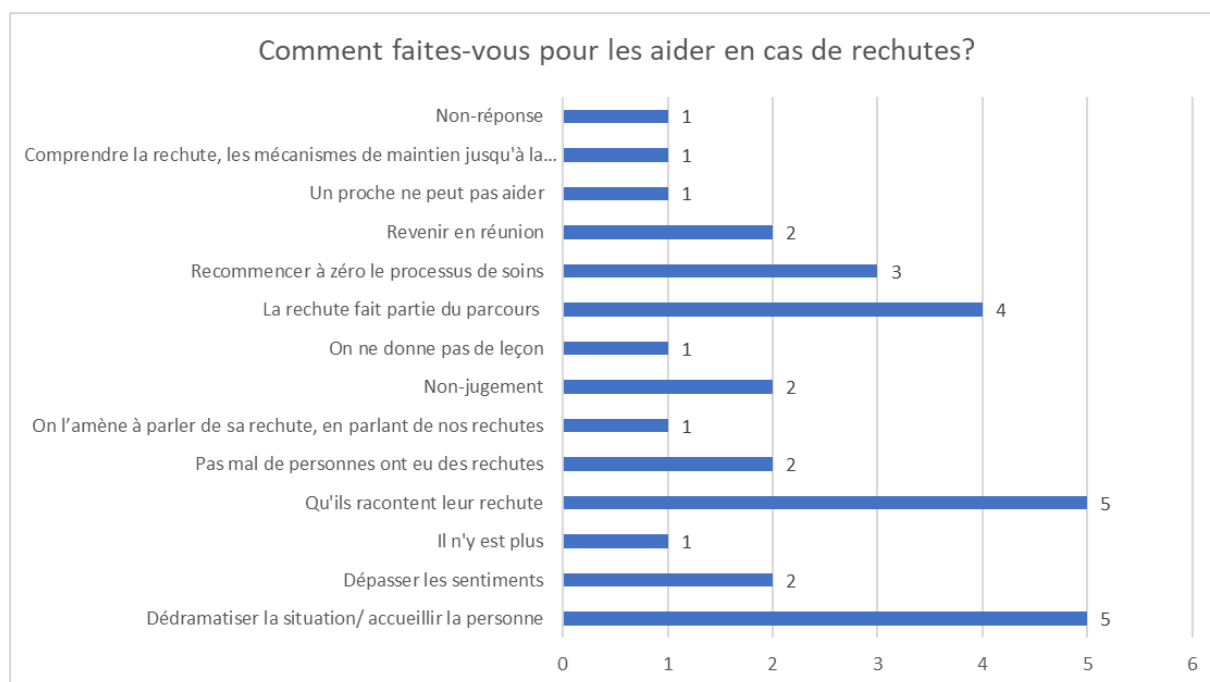


Graphique 41-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour aider les malades alcooliques à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool

De la lecture du graphique, il ressort que le moyen le plus utilisé est la garantie d'un cadre d'expression au malade, qui a rechuté. Par exemple, le cadre du centre EDISON dit : « *on leur garantit un accueil ici et un espace d'expression inconditionnelle* ». Ce résultat confirme le fait que la parole est un outil privilégié dans les soins, tant dans l'intention ou la quête de soins, que dans les supports de soins⁴⁰⁴. En effet, la parole fait partie des réponses professionnelles de

⁴⁰⁴ Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé. (Page consultée le 15 juin 2022). *La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique*, [En ligne]. Adresse URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/659>

l'ensemble des dispositifs médicaux et soignants dans un contexte de pluralisme thérapeutique. La logique de recours à la parole se situe dans ce cadre.



Graphique 42-répartition des intervenants selon les moyens utilisés pour aider les malades alcooliques en cas de rechutes

À partir du graphique, nous observons que les 3 moyens plus utilisés par les intervenants pour aider les malades alcooliques en cas de rechutes, sont la dédramatisation de la situation pour accueillir de nouveau le malade, et l'écoute de leur expérience de rechute.

III- Évaluation de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes

L'évaluation de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes consistera pour les thérapeutes, à estimer s'ils ont atteint leurs objectifs d'accompagnement et leurs manques. Les questions posées pour recueillir les informations sont les suivantes : « *Y arrivez-vous ? Selon vous, que vous manque-t-il ?* ».

D'un point de vue théorique, l'intérêt de l'évaluation des soins⁴⁰⁵ est d'améliorer la qualité et le rendement des structures ainsi que leurs services. Cette opération consiste à s'intéresser à plusieurs éléments notamment « *l'amélioration de la santé de la population, les résultats sanitaires obtenus après traitement, la qualité clinique et le caractère approprié des soins (efficacité), la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population (principe de stewardship), l'équité et la productivité (efficience)* ».

Selon les normes de l'OMS, dans le secteur de soins, la performance de l'organisation peut être mesurée de quatre manières.

L'organisation tient compte de cette évaluation critique pour l'élaboration d'interventions futures. C'est un outil d'aide à la décision.

Comme résultats attendus⁴⁰⁶, nous voulons savoir si les objectifs de relèvement ou de maintien des anciens buveurs ont pu être atteint ; pour résumer si les effets attendus ou escomptés des moyens qu'ils ont employés ont été atteints⁴⁰⁷. Nous voulons connaître les échecs, les résistances contre la guérison, pour connaître les méthodes à renforcer ou ajuster en cas de manque⁴⁰⁸.

⁴⁰⁵ Sebai, Jihane. (Page consultée le 23 juillet 2022). « *L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?* », *Santé Publique*, 2015/3 (Vol. 27), p. 395-403. DOI : 10.3917/spub.153.0395., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-395.htm>

⁴⁰⁶ Assoun, Paul-Laurent. (Page consultée le 15 juin 2022). « *Malaise dans l'évaluation* », *Journal français de psychiatrie*, 2007/2 (n° 29), p. 11-16. DOI : 10.3917/jfp.029.0011., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2007-2-page-11.htm#no30>

⁴⁰⁷ Idem

⁴⁰⁸ En un sens, le sujet naît deux fois : une fois comme vivant, une fois comme parlant.

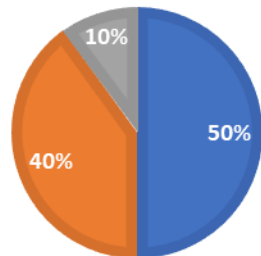
Sauret, Marie-Jean, (Page consultée le 15 juin 2022). « *L'évaluation d'un parcours* », *Cliniques méditerranéennes*, 2010/2 (n° 82), p. 135-151. DOI : 10.3917/cm.082.0135., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes2010-2-page-135.htm>

À l'inverse, l'évaluation permet de prouver l'efficacité d'une pratique. Cette méthode d'évaluation est appelée l'évidence de la preuve, réponse fondée sur la preuve, celle de l'efficacité.

Rodríguez, Leonardo S, et Colette, Sepel. (Page consultée le 15 juin 2022). « *Une réponse fondée sur la preuve (d'efficacité)* », *Champ lacanien*, 2013/1 (N° 13), p. 55-59. DOI : 10.3917/chla.013.0055., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-champ-lacanien-2013-1-page-55.htm>

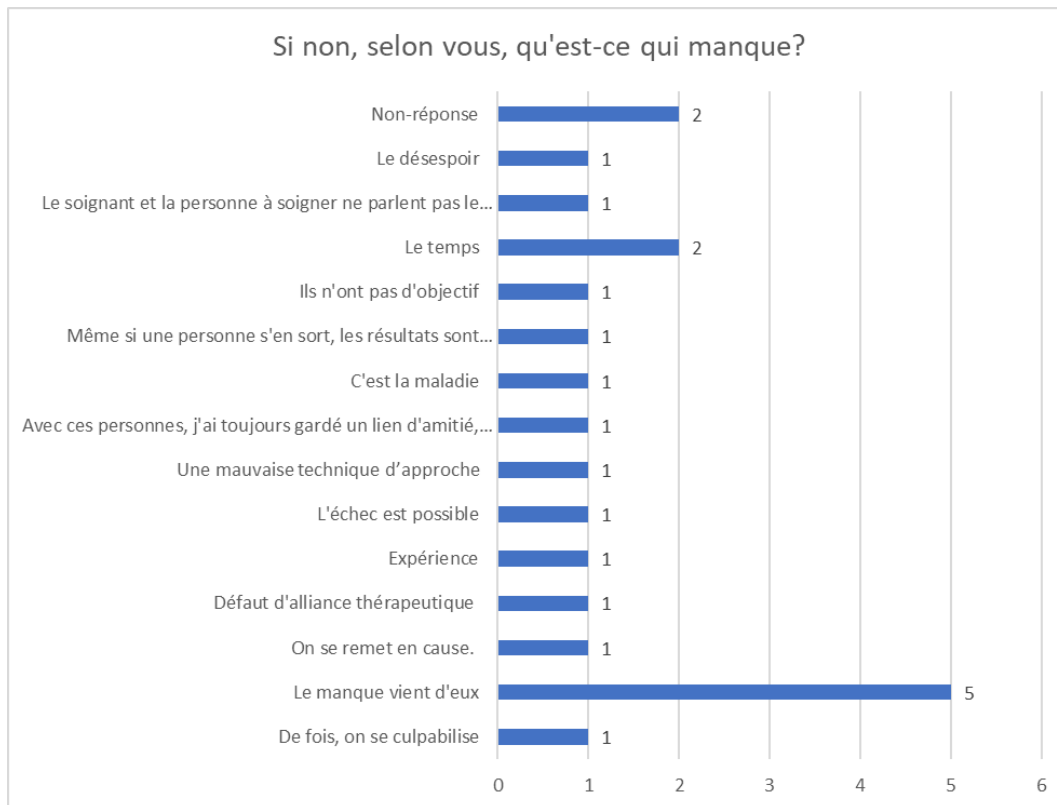
ARRIVEZ VOUS A AIDER LES PERSONNES EN DIFFICULTE AVEC L'ALCOOL À SURMONTER LEUR SENTIMENT D'IMPUISSANCE FACE À L'ALCOOL ET EN CAS DE RECHUTES?

■ Oui ■ Non ■ Il espère



Graphique 43-répartition des intervenants selon le manque décelé

De la lecture du graphique, il ressort que pour la moitié des intervenants, lorsqu'ils n'arrivent pas à aider les malades alcooliques, à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool et en cas de rechutes, cette situation ne provient pas d'eux, mais plutôt des malades alcooliques eux-mêmes. Certains intervenants se remettent en cause. D'autres dédramatisent, en disant que l'échec est une éventualité de l'intervention. Nous leur avons demandé d'exposer relativement leur manque, pour savoir comment ils pourraient rebondir face à cette situation, en guise d'évaluation ou d'auto critique.



Graphique 44-répartition des intervenants selon le manque décelé pour aider les malades alcooliques en cas de rechutes et par rapport à leur impuissance face à l'alcool

Il se dégage de la lecture de ce graphique, qu'à priori le manque ne vient pas des intervenants mais des malades alcooliques eux-mêmes. Toutefois, d'autres raisons sur le graphique telles que le défaut d'alliance thérapeutique, le désespoir, une mauvaise technique d'approche pourraient exprimer ce résultat. Cette évaluation nous permet de confirmer que la médecine ou une intervention sociale en soi ne garantit pas la guérison des malades alcooliques. Ainsi, des compétences, que ce soit du côté des intervenants ou du côté des malades sembleraient nécessaires pour la gestion d'une maladie chronique comme l'alcoolisme. En effet, cette situation pose aussi le problème des frontières de connaissance entre la théorie et la pratique, syntaxique (différence de langage), et pragmatique (difficultés liées à la nature de la connaissance, de la maladie). Par exemple, selon Simone Gerber, la psychanalyse propose plusieurs méthodes pour faire face à ce genre de situations : répétition de symptômes, accentuation, médicalisation, psychiatrisation, et/ou installation d'une pathologie grave

chronique. La psychanalyse propose une bonne qualité des relations entre soignants et patients. L'objectif est de diminuer la chronicisation des maladies et le coût de la santé, parce que des patients mieux écoutés, mieux accueillis encombrent moins les consultations de plaintes, de réalisation d'exams complémentaires liées à leurs craintes, leurs peurs. La psychanalyse propose aussi d'« *Apprendre aux patients à vivre, à se familiariser avec les symptômes, à les contrôler sans les dramatiser* ». L'objectif est que les patients puissent se défendre eux-mêmes en reconnaissant les symptômes de ces malades, en appliquant ce qu'il faut pour éviter les peurs incontrôlées et les fausses incertitudes. Par ailleurs, la psychanalyse propose de former les intervenants sur la relation soignant-patient et sur les théories de la structuration du psychisme. Le but est d'« *Être dans la même recherche de qualité de soins aux malades quotidiens qu'à ceux qui bénéficient de soins dits palliatifs pour les maladies graves...* ». En outre, la psychanalyse propose d'étudier les soins et les différentes façons de maintenir la santé et de soigner les maladies dans les différentes cultures. Le but de cette méthode est d'apprendre et reconnaître la valeur des soins apportés dans d'autres systèmes⁴⁰⁹.

Conclusion

Ce deuxième chapitre avait pour but d'illustrer les relations entre des intervenants et des malades alcooliques, dans leur accompagnement médicosocial.

Il comporte trois sections : la construction de liens entre les malades alcooliques et les intervenants dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes, ainsi que l'évaluation de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes.

La question spécifique autour de laquelle s'est articulée ce chapitre, est la suivante : quels sont les facteurs qui conduisent les malades alcooliques à sortir de l'alcoolisme ?

Nous rappelons les questions posées pour recueillir les informations. Ce sont les suivantes :

⁴⁰⁹ Gerber, Simone. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Entre pratique et théorie médicale* », *Le Coq-héron*, 2004/1 (no 176), p. 116-129. DOI : 10.3917/cohe.176.0116., [En ligne]. Adresse URL : URL : <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2004-1-page-116.htm>

« Comment font-ils pour gagner la confiance des personnes alcooliques ? Comment font-ils pour avoir une bonne communication avec elles ? Comment font-ils pour les aider à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool ? comment font-ils en cas de rechute ? est ce qu'ils y arrivent ? Si non, selon eux, qu'est ce qui leur manque ? quelles sont leurs suggestions par rapport à l'étude ? ». Par rapport à la construction de liens entre les malades alcooliques et les intervenants dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, les intervenants vont devoir créer une alliance thérapeutique. Ils vont aller chercher la confiance parce qu'elle n'est pas innée. Mais en soi, il y a des qualités du thérapeute qui sont l'écoute, le non-jugement qui vont dominer cet établissement de la confiance. Le thérapeute comme le malade alcoolique partent sur une base égale, à savoir que personne ne connaît à priori le chemin de la guérison. Donc, ils vont travailler dans une atmosphère « *collaborative* ». En plus, les intervenants nous font remarquer que cette confiance ne se gagne pas toujours. Face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes, le rôle des intervenants sera de « *créer un espace d'expression inconditionnelle* », pour reprendre les termes du cadre. Cet espace va permettre à l'individu : par la parole d'exprimer l'expérience de son parcours, à partir d'outils déjà existants telles que les réunions, la signature de l'engagement de rebondir une nouvelle fois dans l'abstinence, ou l'instauration de nouveaux outils pour améliorer son parcours d'abstinence.

Pour l'évaluation de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance et aux rechutes, il ressort des résultats de l'étude que pour la moitié des intervenants, lorsqu'ils n'arrivent pas à aider les malades alcoolique, cette situation ne provient pas d'eux, mais plutôt des malades alcooliques eux-mêmes. Certains se remettent en cause. D'autres dédramatisent en disant que l'échec est une éventualité de l'intervention.

Pour conclure ce chapitre, nous pouvons dire à partir des résultats de l'étude que la création d'une alliance thérapeutique est nécessaire à l'accompagnement lors du parcours d'abstinence du malade alcoolique. Mais, celle-ci ne garantit pas la guérison de la maladie alcoolique.

CHAPITRE III : L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL DES MALADES ALCOOLIQUES D'UN POINT DE VUE THÉORIQUE : GÉNÉRALITÉS ET SPÉCIFICITÉS

Introduction

L'accompagnement médico-social des malades alcooliques sollicite trois types d'intervenants, des intervenants appartenant au secteur médical, au secteur social et au secteur médicosocial.

Le terme théorique est un adjectif, qui signifie : « *Relatif à la théorie, à l'élaboration des théories, à leur contenu, par opposition à pratique ou à appliqué*⁴¹⁰ ». Qu'est-ce que la théorie ? Étymologiquement, le terme théorie provient du bas latin *theoria*, et du grec *theôria*, qui signifie observation⁴¹¹. Le terme théorie possède plusieurs définitions. Premièrement, la théorie se définit comme étant un : « *Ensemble organisé de principes, de règles, de lois scientifiques visant à décrire et à expliquer un ensemble de faits* ». Deuxièmement, la théorie est un : « *Ensemble relativement organisé d'idées, de concepts se rapportant à un domaine déterminé* ». Parler des généralités et des spécificités de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, d'un point de vue théorique revient à évoquer les théories générales et les théories spécifiques de cet accompagnement ; en d'autres termes, cela reviendra pour nous à exposer les principes, les règles, et les lois scientifiques qui fondent l'accompagnement médicosocial, autant pour la population générale, que la population spécifique, que constituent les malades alcooliques. L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques relève de l'accompagnement des malades en général, mais a également ses spécificités. Dans ce chapitre, il s'agira pour nous des théories générales et spécifiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.⁴¹²

⁴¹⁰ Larousse. (Page consultée le 27 octobre 2022). *Théorique*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/théorique/77736>

⁴¹¹ Larousse. (Page consultée le 15 février 2022). *Théorie*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/théorie/77735>

⁴¹² Maela, Paul. (Page consultée le 4 février 2022). « *Accompagnateur/trice* », dans : Jean-Pierre Boutinet éd., *L'ABC de la VAE*. Toulouse, Érès, « *Éducation - Formation* », 2009, p. 48-49. DOI : 10.3917/eres.bouti.2009.01.0048., [En ligne], Adresse URL : <https://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-page-48.htm>

-Les questions spécifiques autour desquelles s'articulent ce chapitre sont les suivantes : quels sont les facteurs qui conduisent les malades alcooliques, à sortir de l'alcoolisme ? quels sont les facteurs de maintien de l'abstinence des malades alcooliques⁴¹³ ?

Nous partons du postulat spécifique selon lequel l'accompagnement est un moyen, pour le malade alcoolique de parvenir à l'abstinence. D'un point de vue professionnel, chaque corps de métier possède une manière d'accompagner les malades en général, et des populations « Cibles », que ce soit dans le domaine médical, social, ou médicosocial. L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques nécessite une connaissance de la maladie et une prise en compte de la singularité du parcours de chaque malade alcoolique. L'intérêt de connaître les théories de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques, quand on sait qu'il n'existe pas qu'un, mais qu'il existe plusieurs alcoolisme (soit plusieurs formes d'alcoolisme qui me paraît être le terme le plus correct, soit plusieurs alcoolismes), se situe au niveau du lien entre la théorie et la pratique. Pour le savoir, il faut définir aussi la pratique. Le terme pratique provient du substantif latin chrétien *practice*, qui signifie « *la vie pratique, la conduite, par opposition à la contemplation* », l'« *application des principes, des règles (par opposition à théorie)* »⁴¹⁴. En ce qui concerne les rapports entre pratique et théorie, il faut retenir que dans toute action posée ou à poser, il y a une part de théorie, une part de pratique, une part de « *réflexion* » sur le choix de la méthodologie de l'action, et une part d'opérationnalisation concrète de l'action. Le terme employé pour parler de l'aspect réflexif est la théorie. Le terme pour parler de l'aspect opérationnel de l'action est la pratique.

Ce chapitre comprend deux sections qui sont :

- Les théories générales de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques,
- Et les théories spécifiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

I-Les théories générales de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Dans cette section, il s'agira pour nous d'exposer les principes de l'accompagnement médicosocial, pour tout type de population. Parler des théories générales de l'accompagnement

⁴¹³ La caractéristique de la maladie alcoolique est la perte de contrôle de la consommation d'alcool. (Voir chapitre III de la première partie)

⁴¹⁴ Re transcription Ubiquis IO

médico-social des malades alcooliques, revient à parler des théories de quatre domaines : l'accompagnement, l'accompagnement médical, l'accompagnement social, et l'accompagnement médicosocial⁴¹⁵.

1- Les théories dans l'accompagnement

Étymologiquement parlant, le verbe accompagner signifie faire le mouvement avec le pain. L'accompagnement signifie donc, de sa définition étymologique, le fait de réaliser un mouvement avec une ou plusieurs personnes. De façon pragmatique, ce sera pour un accompagnant, dans n'importe quel domaine, le fait non pas de « *faire à la place de la personne* », ce qu'elle a à réaliser comme tâche ou activité, mais le fait d'être, par sa présence auprès de la personne, à la fois un soutien moral et physique, durant les tâches, les activités qu'elle a à accomplir.⁴¹⁶ L'accompagnement se définit aussi comme étant l'action de jouer une partie musicale de soutien à la partie principale. À partir de toutes ces définitions, nous pouvons retenir que l'accompagnement est un soutien proposé à un individu, en vue de résoudre une

⁴¹⁵ Foucart, Jean. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Accompagnement et transaction : une modélisation théorique* », *Pensée plurielle*, 2008/1 (n° 17), p. 113-134. DOI : 10.3917/pp.017.0113., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-1-page-113.htm?contenu=resume>

⁴¹⁶ Françoise Gérardin et autres. (2002). *Le robert dictionnaire pratique de la langue française*. Éditions France Loisirs Paris, p. 12.

problématique particulière, sous forme d'interventions, de services. Dans cette section, il s'agira pour nous d'exposer les principes⁴¹⁷ du concept d'accompagnement⁴¹⁸.

Selon Jean Foucart⁴¹⁹, l'accompagnement est une nouvelle définition de la relation d'aide. Nous retrouvons l'accompagnement dans divers domaines de la vie sociale, notamment le travail social, l'éducation, l'hôpital, les soins palliatifs, pour ne citer que ceux-là.

La fluidité sociale caractérise l'époque contemporaine⁴²⁰. La fluidité est la qualité de ce qui est fluide, facilité avec laquelle une matière, un liquide s'écoulent uniformément se dit de la circulation des véhicules qui s'effectue régulièrement, sans à-coups⁴²¹.

⁴¹⁷ Paul, Maela. (Page consultée le 11 février 2022). *La démarche d'accompagnement, Repères méthodologiques et ressources théoriques*, [En ligne]. Adresse URL : Maela Paul, La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques. De Boeck Supérieur, « *Perspectives en éducation et formation* », 2020, URL : <https://www.cairn.info/la-demarche-d-accompagnement--9782807328129.htm>

Blaevoet, Jean-Pierre. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Paul Maela (2004). L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* », Recherche et formation [En ligne], 52 | 2006, mis en ligne le 06 décembre 2011, consulté le 28 octobre 2022., [En ligne]. Adresse URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/1242> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1242>

Paul, Maela. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », *Savoirs*, 2009/2 (n° 20), p. 11-63. DOI : 10.3917/savo.020.0011., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revuesavoirs-2009-2-page-11.htm>

Foucart, Jean. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Accompagnement et transaction : une modélisation théorique* », *Pensée plurielle*, 2008/1 (n° 17), p. 113-134. DOI : 10.3917/pp.017.0113., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-1-page-113.htm?contenu=resume>

⁴¹⁸ Paul, Maela. (Page consultée le 11 février 2022). *La démarche d'accompagnement, Repères méthodologiques et ressources théoriques*, [En ligne]. Adresse URL : Maela Paul, La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques. De Boeck Supérieur, « *Perspectives en éducation et formation* », 2020, URL : <https://www.cairn.info/la-demarche-d-accompagnement--9782807328129.htm>

Mezzouj, Fatima. *Parcours migratoire des personnes âgées immigrées : trajectoires de vie et accompagnement social*, Thèse dirigée par Madame Ewa Bogalska- Martin, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes, préparée au sein du Laboratoire PACTE- UMR 5194 dans l'École Doctorale 454- Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire, 2016, page 277.

⁴¹⁹ Foucart, Jean. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Accompagnement et transaction : une modélisation théorique* », *Pensée plurielle*, 2008/1 (n° 17), p. 113-134. DOI : 10.3917/pp.017.0113., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-1-page-113.htm?contenu=resume>

⁴²⁰ Foucart, Jean. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Fluidité sociale, précarité, transaction et souffrance* », *Pensée plurielle*, 2009/1 (n° 20), p. 93-105. DOI : 10.3917/pp.020.0093., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-1-page-93.htm>

⁴²¹ Larousse. (Page consultée le 28 octobre 2022). *Fluidité*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fluidité>

Selon Foucart, « *Nous différencions les régimes sociétaux et la fluidité à partir de trois propriétés, ou oppositions : position vs passage, réticularité, entre.*⁴²² »

Toujours, selon le même auteur, « *Parallèlement à cela, la relation d'aide classique définie à partir du schéma de la réparation se modifie. On s'oriente vers une « aide à la relation »*⁴²³. ».

L'accompagnement ressemble à un voyage.

L'accompagnement est un processus dans lequel intervenants et bénéficiaires de l'intervention, entrent dans une relation qui nécessite une certaine posture de l'accompagnant et de la personne accompagnée, en vue de l'efficacité de l'accompagnement.

Paul Maela, docteure en sciences de l'éducation et intervenante pour la formation des professionnels de l'accompagnement nous propose dix (10) repères méthodologiques, contenant des ressources théoriques⁴²⁴.

L'accompagnement a plusieurs formes : tutorat, mentoring, coaching, counseling, consulting. Selon l'auteur, l'accompagnement est le fait de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui et à son rythme.

Dans un monde problématique, une société à risque, où le chemin devient incertain, pour emprunter ses mots, ils n'existent pas de meilleure méthode pour accompagner ; sachant que le terme méthode renvoie pour elle, à « *la manière dont on doit cheminer pour arriver au but qu'on s'est fixé* ». Ainsi, la méthode ou le chemin bascule « *du commandement au conseil, de l'injonction au repérage* ». Il n'existe pas de chemin déjà tracé.

Selon l'auteur, « *Dès lors, ce qu'il en est du chemin – la méthode – ne peut consister à indiquer la bonne direction (où il faut aller) ni à prendre la bonne route, mais à se doter d'outils de*

⁴²² Foucart, Jean. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Relation d'aide, fluidité sociale et enjeux symbolico-identitaires. Du paradigme réparateur au paradigme de l'accompagnement* », *Pensée plurielle*, 2005/2 (n° 10), p. 97-117. DOI : 10.3917/pp.010.0097., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2005-2-page-97.htm>

⁴²³ Foucart, Jean. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *De la fluidité sociale au caractère décisif de la transaction* », *Pensée plurielle*, 2017/2 (n°45), p.107-122. DOI : 10.3917/pp.045.0107., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2017-2-page-107.htm>

⁴²⁴ Paul, Maela. (Page consultée le 11 février 2022). *La démarche d'accompagnement, Repères méthodologiques et ressources théoriques*, [En ligne]. Adresse URL : Maela Paul, La démarche d'accompagnement. Repères méthodologiques et ressources théoriques. De Boeck Supérieur, « *Perspectives en éducation et formation* », 2020, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/la-demarche-d-accompagnement--9782807328129.htm>

repérage (boussole et cartes) pour déterminer son propre chemin. D'où les repères proposés dans cet ouvrage. ».

Le recours massif à l'accompagnement est récent. Il date des années 1990. Selon Maela Paul, il gagne alors tous les secteurs professionnels : éducation, formation, santé, orientation, insertion, entreprises, travail social – explosant dans une multitude de formes tels le tutorat, le parrainage, le mentorat, le coaching, etc. – en instituant le flou entre des domaines qui se voulaient séparés comme la thérapie, l'accompagnement spirituel, le conseil ou encore l'éducation. Ce qui est nouveau, c'est que le mot, qui était autrefois utilisé dans le vocabulaire de la vie ordinaire, est introduit dans le vocabulaire des professionnels sous forme de pratique, et dans les discours des pouvoirs publics, sous forme de *dispositifs* ou de *programmes* ⁴²⁵.

L'accompagnement passe « *d'une logique de réparation, centrée sur les manques, les déficiences, les retards, caractéristique du médico-social, à une logique d'optimisation, valorisant les capacités et les ressources* ». Ce changement implique un effort préalable de réflexion de la part des professionnels, sur leurs pratiques d'accompagnement en termes d'idéologie et non de techniques : comment ce changement influence l'accompagnement ? quelle doit être leur posture ?

Quelle que soit la logique d'accompagnement, sociale ou relationnelle, quel que soit le type de démarche employée ou le type de dispositif, il existe des fondamentaux à l'accompagnement. Ces fondamentaux sont les suivants :

- Distinguer formes et fond : le fondement de l'accompagnement consiste à « *ne pas se substituer à autrui* » ; l'accompagnement a plusieurs formes,
- L'accompagnement entre continuité et ruptures : Certes, ces formes traditionnelles, mais il existe des ruptures dans leur usage contemporain : nous passons de l'aspiration à l'injonction, du principe d'autorité à celui de l'égalité, du modèle au projet, de la morale à l'éthique, de la vérité donnée à une réalité construite, du construit au problématisable, de la construction de l'individu en tant que sujet.
- L'invariant anthropologique : la relation privilégiée entre deux êtres humains,
- Les fondamentaux : l'accompagnement comme mise en relation et mise en chemin, découlant de la définition du verbe accompagner,

⁴²⁵En France, le terme de dispositif est plus utilisé. Au Québec, c'est plutôt le terme programme qui est développé.

- Les principes au fondement de tout accompagnement découlant de l'étymologie du verbe accompagner être avec quelqu'un ac – aller vers/cum – être avec/pagnis dans une dimension de partage ; ces principes et fondamentaux règlent l'action et la posture de l'accompagnant.

La posture de l'accompagnant est une posture de l'instant et une posture comme exposition à l'autre. La première est très variable en revanche la seconde nécessite des principes d'application. La posture de l'accompagnant est une posture de non-savoir, une posture de dialogue une posture d'écoute, une posture tierce et une posture émancipatrice.

En chaque être humain réside la capacité à entrer en relation avec autrui. La pulsion de relation est une pulsion de liaison, de socialité. Elle existe dans la réciprocité, contrairement à la pulsion sexuelle, qui est « *objet de satisfaction* ». Construire une relation d'accompagnement va nécessiter d'évaluer la compétence du sujet à s'engager dans une relation de ce type.

En accompagnement, parler d'une ou de la démarche signifie concevoir un cadre d'action. Le contrat, la coopération, le changement, et le projet sont autant de leviers, que le professionnel peut mobiliser pour l'élaboration de ce cadre.

Pour accompagner, il faut écouter. La question qui se pose est de savoir : « *...comment fonder un espace de liberté communicationnel au sein duquel les personnes peuvent confier ce qui leur importe tout en gardant le cap d'un objectif fixé dans un cadre institué ? Comment créer un tel espace tout en étant capable de ne pas lâcher prise sur le résultat attendu ? ...* », comment créer un processus d'écoute multi référentielle, qui prenne en compte tous les besoins de la personne, dans un système donné. Selon Paul Maela, « *L'accompagnement n'a pas de techniques propres. Il emprunte ses techniques selon les dispositifs, les cultures professionnelles, les personnes auxquelles elles sont destinées.* ». Il faut que l'écoute soit active, compréhensive, bricoleuse, d'un « *sujet* », et d'un « *parcours* ».

Le Repère 9 s'intitule : « *Entrer dans un monde problématique* ». Les concepts clés dans ce repère sont : situation, problème, compétence, et compréhension. L'accompagnement est suscité par une situation qui « *pose problème* ». Dans une démarche herméneutique, la compréhension d'une situation encore appelée « *énoncé* », consiste : d'abord à considérer l'énoncé comme une réponse à une question, ensuite comprendre la question à laquelle il répond et enfin le problème qu'il pose à une personne.

Le Repère 10 s'intitule : « *Concevoir et orchestrer un collectif de pairs accompagnants* ». Les concepts clés sont accompagnement collectif et coopération. Pour « *faire collectif* », il faut créer des temps collectifs, des espaces collectifs, des situations collectifs pour qu'un ensemble de personnes puisse réfléchir et analyser des situations. Cet espace est un instrument de questionnement et de dialogue, où le professionnel occupe une position de médiation.

L'accompagnement est un élément clé pour l'apprentissage. L'accompagnement met en présence trois éléments : une personne à accompagner, un accompagnateur, et le domaine spécifique, dans lequel l'individu a besoin d'être accompagné⁴²⁶.

Pour la personne accompagnée, l'accompagnement est un moyen de passer de la théorie à la pratique⁴²⁷.

Tout au long de l'accompagnement, il existe des « *expériences* » à capitaliser dans le domaine d'accompagnement, un peu comme des bonnes leçons à retenir, à capitaliser, qui permettent l'évolution de ce domaine.

Les accompagnants, eux-aussi reçoivent des formations pour mieux accompagner les personnes qui en ont besoin. Selon les auteurs, « *l'articulation entre théorie et pratique en mettant l'accent sur la nécessité d'un savoir commun. Celui-ci suppose un langage commun, des représentations partagées et des intérêts conciliables. Ces trois dimensions correspondent aux trois types de frontières identifiés par Carlile (2002) : syntaxique, sémantique, pragmatique.* » Lorsque la frontière est :

⁴²⁶ Boutet, Marc et Rémy, Villemin. (Page consultée le 11 février 2022). *L'accompagnement : un élément clé pour l'apprentissage en stage et pour le développement professionnel continu des enseignants*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.erudit.org/fr/revues/phro/2014-v3-n1-2-phro01353/1024591ar/>

⁴²⁷ Dietrich, Anne, et Xavier, Weppe. (Page consultée le 5 février 2022). *Les frontières entre théorie et pratique dans les dispositifs d'enseignement en apprentissage*, [En ligne], Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-10-page-35.htm>

Gréhaigne, Jean-François. (Page consultée le 5 février 2022). *Pratique et théorie : le rôle des connaissances et des modèles*, [En ligne], Adresse URL : <https://journals.openedition.org/ejrieps/504>

Gauthier, Clermont. (Page consultée le 5 février 2022). *Les rapports entre la théorie et la pratique et la recherche-action*, [En ligne], Adresse URL : <https://www.erudit.org/fr/revues/rse/1986-v12-n3-rse3544/900538ar.pdf>

La pratique, le concret, le réel, la vraie vie, l'action sont des termes se rapportant à la pratique ; et la théorie, l'abstrait, l'imaginaire, l'irréel, le laboratoire font partie du domaine de la théorie.

- « *Syntaxique : il existe une frontière syntaxique entre deux communautés lorsqu'elles présentent des différences de langages, de syntaxes, de supports linguistiques. Sémantique : même s'il existe un langage commun, les représentations peuvent être différentes et rendre la communication et la collaboration difficiles. Pragmatique. Les difficultés d'échanges de connaissances entre communautés peuvent venir de la nature même de la connaissance...L'approche est dite pragmatique parce que la connaissance n'est pas évaluée pour elle-même mais pour les conséquences qu'elle engendre. Cette approche remet la connaissance au cœur de l'action et des logiques d'acteurs.* ».

A l'instar de l'apprentissage en milieu académique, l'accompagnement présente des difficultés liés à ces trois types de frontières de connaissances. C'est pourquoi nous avons fait un détour sur la notion de « *frontières entre théorie et pratique* », afin de connaître les difficultés qui pourraient émerger de cette notion, cette fois-ci, dans le domaine de l'accompagnement.

Selon les auteurs de la revue critique de littérature sur « *L'accompagnement social et ses effets sur les bénéficiaires* »⁴²⁸, Melaine Cervera, Céline Émond, Renaud Hourcade, Céline Jung-Lorient et Rémi Le Gall, « *...l'accompagnement social désigne une relation bilatérale associant un accompagné et un accompagnant, ce dernier agissant dans le cadre d'une structure d'aide sociale, qu'elle soit publique, privée à but lucratif ou privée à but non lucratif. Son objectif est généralement défini comme l'acquisition d'une autonomie du bénéficiaire dans le secteur considéré, même s'il peut aussi être appréhendé comme produisant une nouvelle norme de conduite porteuse d'un sens particulier calqué sur des règles de performance individuelle.* ».⁴²⁹

⁴²⁸ Mezzouj, Fatima. *Parcours migratoire des personnes âgées immigrées : trajectoires de vie et accompagnement social*, Thèse dirigée par Madame Ewa Bogalska-Martin, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes, préparée au sein du Laboratoire PACTE- UMR 5194 dans l'École Doctorale 454- Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire, 2016, p. 269- 287.

⁴²⁹ Cervera, Melaine, et al. (Page consultée le 28 octobre 2022). *Revue de littérature critique. L'accompagnement social et ses effets sur les bénéficiaires. [Rapport de recherche] 195, Dossier d'étude CNAF.* 2017, pp. 216. (hal-02953386), [En ligne]. Adresse URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02953386>

Thalineau, Alain. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Le cadre normatif de l'accompagnement social : entre permanence et changement* », Cahiers de l'action, 2012/3 (N° 37), p. 9-12. DOI : 10.3917/cact.037.0009.), [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2012-3-page-9.htm>

(MAIS) Mouvement pour, L'accompagnement social. (Page consultée le 28 octobre 2022). *Histoire d'un mouvement, concepts et pratiques.* Presses de l'EHESP, « *Hors collection* », 2010, ISBN : 9782810900343. DOI

Selon Brigitte Bouquet et Christine Garcette, « *l'accompagnement social vise à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par les situations d'exclusion et à établir avec elles, une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide dans une relation de solidarité, de réciprocité et d'engagement de part et d'autre. Inclus dans ISAP, l'accompagnement social, ne peut donc être fondé que sur une démarche volontaire. Il repose sur la liberté de chacun sur la capacité d'engagement réciproque...cette démarche orientée vers le « faire ensemble » est attentive aux processus, au cheminement des personnes, à leur parcours* »⁴³⁰. De ces deux définitions, nous pouvons retenir que l'accompagnement social consiste à soutenir une personne, traversant une période difficile par divers moyens cités plus haut. L'accompagnement est proposé aux personnes, en ayant fait la demande, sous forme de service, d'interventions. L'accompagnement nécessite l'engagement de l'individu. Il ne vise pas une dépendance de l'individu à la structure offrant ce service, mais plutôt une autonomie de la personne. Nous parlerons des différentes théories qui sous-tendent l'accompagnement social. Selon la Revue de littérature critique, sur l'accompagnement social et ses effets sur les bénéficiaires et le rapport IGAS, l'accompagnement vise une logique d'activation du bénéficiaire et non d'assistance ou de contrôle sociale.

La mission du travailleur social repose sur trois concepts qui sont les suivants : la morale, l'éthique et le droit.

Grimaud Lin nous parle du concept de survie⁴³¹. La survie est le « *Fait de survivre, de continuer à vivre* », le « *Prolongement de l'existence au-delà de la mort* », la « *Prolongation d'une activité au-delà du moment où elle semblait menacée de disparition* »⁴³².

: 10.3917/ehesp.mais.2010.01.), [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/l-accompagnement-social--9782810900343.htm>

⁴³⁰ Op. cité Mezzouj, Fatima. *Parcours migratoire des personnes âgées immigrées : trajectoires de vie et accompagnement social*, Thèse dirigée par Madame Ewa Bogalska- Martin, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes, préparée au sein du Laboratoire PACTE- UMR 5194 dans l'École Doctorale 454- Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire, 2016.

⁴³¹ Grimaud, Lin. (Page consultée le 20 juin 2022). « *De quoi parle la notion d'accompagnement ?* », *Empan*, 2009/2(n°74), p.29-34.DOI :10.3917/empa.074.0029., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-2-page-29.htm>

⁴³² Larousse. (Page consultée le 20 juin 2022). *Survie*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/survie/75912>

En anthropologie, la survivance⁴³³ implique la disparition de l'ancienne fonction sociale, en faveur d'une nouvelle consciente ou non. Pour Georg R. Garner, dans son ouvrage « *Le psychanalyste infidèle* », la survie, la survivance, et d'autres mots notamment Survivre, survécu proviennent essentiellement du champ du droit de l'héritage, du droit des successions du XVIIe siècle.

Le rapport accompagnement et survie de vie est que la notion de survie « *permet de respecifier le travail social dans les deux dimensions d'appartenance du sujet* :

- *Appartenance horizontale au réseau relationnel et à l'environnement actuels (relation synchronique) ;*
- *Appartenance verticale au réseau généalogique et à l'histoire qu'il y occupe (relation diachronique).* ».

Dans le temps, il y a deux registres : le registre actuel-synchronique et le registre diachronique-historique.

Selon l'auteur, dans le registre synchronique, le travail social, par l'accompagnement, « *propose une aide à la survie par une forme de greffe de réseau d'appartenance. C'est la dimension de sauvegarde par l'aménagement concret d'un accueil, éventuellement d'un habitat et d'un système relationnel transitoires, assurant au sujet sa sécurité interne et rendant possible la remobilisation de ses potentialités.* ». Dans le registre diachronique, le travail social toujours par l'accompagnement, « *propose une aide pour éclairer et réorganiser le rapport du sujet à la place symbolique qu'il occupe dans l'ordre de sa filiation* ». Afin de répondre au besoin de lutte de survie psychosociale du sujet, l'accompagnement social utilise deux techniques l'aide par l'accueil, et l'aide par l'analyse.

La question de la « *survie* » est une question d'héritage, le problème des héritiers ; sachant que l'héritage est « *Bien(s) acquis ou transmis par voie de succession* ⁴³⁴ », ce qu'on tient de prédécesseurs, de générations antérieures.

⁴³³ Grawitz, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, p. 388.

⁴³⁴ Larousse. (Page consultée le 20 juin 2022). *Héritage*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/heritage/39675>

Selon l'auteur, « Prendre place dans la vie est pour le sujet humain le résultat d'une transaction infinie avec les figures de son passé. Transaction plus ou moins absorbante, voire paralysante, que la psychanalyse a su pénétrer par l'opération appelée « analyse du transfert ». L'enjeu de la transaction tient entre la place qui est donnée au sujet, la place qu'il est en mesure de recevoir, la place qu'il désire s'arroger, la place dont il désire s'affranchir...La place symbolique est affaire de réseaux généalogique et social. Elle ne peut se réduire à l'espace de construction du sujet entre son père et sa mère. Dans cette perspective, l'héritage n'est pas une simple interaction entre celui qui lègue et celui qui hérite, mais une opération dont l'objet véritable est le principe de transmission dont se structure le groupe social. ». Dans la section précédente,⁴³⁵ nous avons parlé du concept de transaction de Jean Foucart⁴³⁶, du rapport qu'il fait entre l'accompagnement et cette notion. Pour lui, l'accompagnement est une nouvelle définition de la relation d'aide. Pour illustrer la fluidité de l'accompagnement, il prend le modèle de l'accompagnement palliatif. Le terme palliatif signifie « Qui a la vertu de calmer, de soulager momentanément » (Littré) ». Selon lui, « L'enjeu prioritaire n'est plus de libérer l'individu des déterminismes sociaux, ni de le conformer aux morales en vigueur, mais de parvenir avec lui à une gestion partagée des rapports sociaux problématiques auxquels il est confronté. ». Dans la sphère du social, le développement de cette pratique correspond au passage de l'intégration à l'insertion, de la politiques d'intégration à celle de l'insertion ; sachant que Foucart souligne que : « Par politiques d'intégration, Castel (*ibid.*, p. 418) entend celles qui sont animées par la

⁴³⁵ Foucart, Jean. (Page consultée le 20 juin 2022). « *Accompagnement et transaction : une modélisation théorique* », Pensée plurielle, 2008/1 (n° 17), p. 113-134. DOI : 10.3917/pp.017.0113., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-1-page-113.htm>

Le Goff, Jean-Louis. (Page consultée le 28 octobre 2022). *L'accompagnement : outils de domination ou d'émancipation* ? [En ligne]. Adresse URL: <https://rt25.hypotheses.org/prochainesmanifestations/communications/session-4-la-socio-du-travail-face-aux-dominations/218-2>

Oasis, la revue française du service social. (Page consultée le 28 octobre 2022). *L'accompagnement : une fonction du travail social*, Cristina de Robertis, [En ligne]. Adresse URL: https://travailsocial.com/spip.php?page=imprimer&id_article=533

B2c projet. (Page consultée le 26 octobre 2022). *Concepts le soin / l'accompagnement / le rôle du soignant*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.b2c-fr.com/contributions/theories-engagementadhesion-personnes/>

⁴³⁶ Foucart, Jean. (Page consultée le 20 juin 2022). « *Accompagnement et transaction : une modélisation théorique* », Pensée plurielle, 2008/1 (n° 17), p. 113-134. DOI : 10.3917/pp.017.0113., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-1-page-113.htm>

recherche de grands équilibres, l'homogénéisation de la société à partir du centre. Elles procèdent par directives générales dans un cadre national. Ainsi, les tentatives pour promouvoir l'accès de tous aux services publics et à l'instruction, une réduction des inégalités sociales et une meilleure répartition des chances, le développement des protections et la consolidation de la condition salariale. »

L'insertion « marque l'installation dans le provisoire comme régime d'existence » (ibid., p. 422). Castel cite le rapport de la commission nationale d'évaluation du RMI : « Pour une grande partie des allocataires, ces actions les conduisent vers un état “transitoire-durable” : en situation d'insertion, ces personnes ont un statut intermédiaire entre l'exclusion et l'insertion définitive » (ibid., p. 432). »⁴³⁷. Pour l'état, tout sujet humain doit aussi devenir un citoyen. C'est une question d'éducation « primaire » mais aussi « secondaire ». L'État propose des voies, des réponses pour ce passage de l'individu humain, à l'individu citoyen, par l'éducation à l'école, l'emploi. L'insertion et l'intégration sont deux modes de régulations sociales, de réponses publiques. L'insertion est une négociation avec l'individu, pour modalité d'existence sociale ; alors que l'intégration est un placement de l'individu, au sein de la société, dans un contexte structuré selon des axes nationaux. Nous mettrons en évidence les dimensions essentielles de ce point de vue : l'aspect palliatif, l'importance de la responsabilisation, la construction de la confiance, les difficultés liées à l'implication et enfin, pour conclure, la dynamique transactionnelle.

Selon l'auteur, à l'image de l'accompagnement palliatif, l'accompagnement est un processus transactionnel, où il y a des partenaires, une forme de contrat, et des relations fondées sur la base de « pactes »⁴³⁸, pour reprendre les termes de Giuliani.

2- Les théories dans l'accompagnement médical

⁴³⁷ Foucart, Jean. (Page consultée le 31 mars 2023). « *Accompagnement et transaction : une modélisation théorique* », *Pensée plurielle*, 2008/1 (n° 17), p. 113-134. DOI : 10.3917/pp.017.0113. , [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-1-page-113.htm>

⁴³⁸ Idem.

Selon Ilario Rossi, dans l'accompagnement en médecine, il faut allier art relationnel et science biologique dans l'activité clinique, pour traiter la douleur, la souffrance, la maladie d'un individu.⁴³⁹

En théorie, soigner, c'est accompagner, pour reprendre la notion du care-cure.

Selon Marie-Françoise Collière, « *soigner, (c'est) accompagner les grands passages de la vie* »⁴⁴⁰. En théorie, l'accompagnement médical consiste plutôt dans les soins de « *la vie* », plutôt que dans la guérison. Une prolongation des soins est la guérison ; mais ce n'est pas l'objectif initial de l'accompagnement médical. L'accompagnement⁴⁴¹ médical consiste pour un soignant,

⁴³⁹ Rossi, Ilario. (Page consultée le 25 juillet 2022). « *L'accompagnement en médecine. Anthropologie d'une nécessité paradoxale* », Pensée plurielle, 2009/3 (n° 22), p. 111-122. DOI : 10.3917/pp.022.0111. URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-111.htm>

⁴⁴⁰ Fontaine Michel, (Page consultée le 25 juillet 2022). « *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers...* », Pensée plurielle, 2009/3 (n° 22), p. 53-63. DOI : 10.3917/pp.022.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-53.htm>

⁴⁴¹ Yamina, Abidli, Danielle Piette, et Annalisa, Casini. (Page consultée le 11 février 2022). « *Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins* », Santé Publique, 2015/HS(S1), p. 31-39. DOI :10.3917/spub.150.0031. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-31.htm>

Paul, Maela. (Page consultée le 11 février 2022). « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », Savoirs, 2009/2 (n°20), p. 11-63. DOI : 10.3917/savo.020.0011., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2009-2-page-11.htm>

Fontaine, Michel. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers...* », Pensée plurielle, 2009/3 (n° 22), p. 53-63. DOI : 10.3917/pp.022.0053., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2009-3-page-53.htm>

Noël-Hureaux, Elisabeth. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Le care : un concept professionnel aux limites humaines ?* », Recherche en soins infirmiers, 2015/3 (N° 122), p. 7-17. DOI : 10.3917/rsi.122.0007., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm>

Laporte, Pauline, et Nicolas, Vonarx. « *Le « bien mourir » perçu dans une approche de l'auto-transcendance et de la transition : deux théories de soin utiles pour l'infirmière* », Recherche en soins infirmiers, 2016/2(N°125), p.6-19. DOI :10.3917/rsi.125.0006., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-6.htm>

Lacroix, Anne. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ?* », Santé Publique, 2007/4 (Vol. 19), p. 271-282. DOI : 10.3917/spub.074.0271., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-271.htm>

Pellissier, Jérôme. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Réflexions sur les philosophies de soins* », Gérontologie et société, 2006/3 (vol. 29 / n° 118), p. 37-54. DOI : 10.3917/gs.118.0037., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-1-2006-3-page-37.htm>

à « *faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé ou en bonne santé* », en apportant des réponses en soins personnalisés et adaptés à ses besoins et ses attentes en tenant compte de ses ressources. Il s'agira pour nous d'exposer l'ensemble des principes, sur lesquels la médecine va se fonder pour pouvoir accompagner les personnes en bonne ou mauvaise santé. En bref, dans cette section, il s'agira d'exposer les approches théoriques qui fondent l'accompagnement en médecine.

Nous avons deux grands courants qui fondent l'éthique des soins en médecine⁴⁴². Ce sont le paternalisme médical traditionnel et l'approche libérale centrée sur le patient. Le premier est fondé sur les valeurs traditionnelles de la médecine, à savoir la compétence du médecin pour veiller sur le bien-être du malade. Le deuxième est fondé sur des principes libéraux comme le consentement médical, la participation à la prise des décisions et la prise en compte des attentes du patient. Le paternalisme est une théorie dans le domaine médical, qui stipule que la coopération/ la relation entre la médecin et le patient doit être limitée. Cette méthode de soin trouve sa justification dans le fait que le médecin est la personne compétente pour soigner le malade. Il a donc autorité sur lui. Il exerce des contraintes sur le malade, étant qu'il n'est pas apte à prendre des décisions pour lui-même. Nous nous trouvons dans une position instrumentale thérapeutique, contrairement à la position libérale dans laquelle a évolué la relation thérapeutique. Le paternalisme en soi porte atteinte au principe d'autonomie d'une personne. L'approche centrée sur le patient prône l'autonomie du patient.

Nous avons la méthode Patient Partenaire Soins. C'est une méthode qui a été créée par les auteurs suivants : Yamina, Abidli⁴⁴³, Danielle Piette, et Annalisa, Casini. Pour pallier les lacunes de l'accompagnement du patient partenaire de soin.

Coupat, Pierre, Flavio, Leroux et Françoise, Ponet. (Page consultée le 28 octobre 2022). « *Quelles postures professionnelles dans l'éducation à l'observance thérapeutique ? « Deux expériences de terrain »* », Recherche en soins infirmiers, 2008/1 (N° 92), p. 106-113. DOI : 10.3917/rsi.092.0106., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-1-page-106.htm>

⁴⁴² Jaunait, Alexandre. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient* », Raisons politiques, 2003/3 (no 11), p. 59-79. DOI : 10.3917/rai.011.0059., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page59.htm>

⁴⁴³ Yamina, Abidli, Danielle Piette, et Annalisa, Casini. (Page consultée le 11 février 2022). « *Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins* », Santé Publique, 2015/HS (S1), p. 31-39. DOI : 10.3917/pub.150.0031. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-31.htm>

L'accompagnement PPS encore nommé l'approche patient-partenaire de soins⁴⁴⁴(PPS)est né du changement qui s'opère actuellement « *dans la manière d'envisager les soins et la relation qui lie le soignant et le soigné* ». En effet, depuis la loi Kouchner⁴⁴⁵,le statut des patients a évolué vers le statut de partenaire de soins. Les patients étaient considérés comme des personnes vulnérables, fragiles, en situation précaire, dont il fallait « *prendre soin* ». Avec cette réglementation, apparait une nouvelle régulation du rapport patient- médecin, et des nouveaux droits du malade. ⁴⁴⁶ Cette évolution influence le rôle d'accompagnement du prestataire de soins. Alors que les compétences à acquérir pour le patient partenaire de soins sont bien mises en évidence dans la définition de cet accompagnement, les auteurs y décèlent un manque :la définition et le développement des compétences nécessaires aux professionnels pour offrir un accompagnement PPS. À partir de ce constat, les auteurs cités décident de proposer une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins, à destination des soignants, à travers cet article.

La question qui soutient cette démarche est étroitement liée à la définition du nouveau rôle du prestataire de soin, dans l'accompagnement PPS. Elle s'énumère comme suit : « *quelles sont les conditions d'un accompagnement du patient partenaire de soins par le soignant ? S'agit-il d'une volonté, d'un choix de comportement ou d'une question de compétence* » du PPS ? La méthode PPS tient compte de deux éléments majeurs : l'objectif de l'accompagnement PPS et des théories qui sous-tendent les changements de comportement des individus.

Cet objectif est d'outiller les soignants pour l'accompagnement PPS. Les théories sont diverses. À travers l'éducation thérapeutique ces dernières années, un constat a été fait. Notamment « *la difficulté pour la population d'adopter des comportements de santé ne réside pas dans le*

⁴⁴⁴ Idem

⁴⁴⁵ Cardin, Hélène. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner"* », Les Tribunes de la santé, 2014/1 (n° 42), p. 27-33. DOI : 10.3917/seve.042.0027., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-1-page-27.htm>

⁴⁴⁶ Pierron, Jean-Philippe. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins* », Sciences sociales et santé, 2007/2 (Vol. 25), p. 43- 66. DOI : 10.3917/sss.252.0043., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-2-page-43>.

manque de connaissance sur la pathologie mais dans l'écart entre le désir d'un comportement favorable à la santé et la réalité où les inégalités sociales jouent un rôle important. »

Ainsi, les auteurs se proposent de construire la méthode PPS, d'abord, à partir du décortilage de l'élaboration du comportement, afin de comprendre la dissonance de ces types de comportements. Ensuite, *« l'élaboration du comportement a été décomposée en différentes étapes d'un accompagnement patient partenaire de soins. Enfin, la méthodologie d'apprentissage du modèle par les professionnels se fait au travers des différentes étapes du changement de comportement. Cette approche amène le professionnel à cheminer par les mêmes étapes du changement de comportement que le patient où chaque étape est une étape d'apprentissage pour le soignant comme pour le soigné. »*

II- Les théories spécifiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Dans cette section,⁴⁴⁷ il s'agira pour nous d'exposer les principes de l'accompagnement médicosocial, pour les malades alcooliques. Nous rappelons que les théories de cet accompagnement sont à la fois issues de l'accompagnement médicosocial et de l'alcoologie⁴⁴⁸. Les théories spécifiques de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques sont des théories, spécifiques à l'accompagnement en addictologie et en alcoologie. Ces dernières nous montrent comment les malades alcooliques sont accompagnés au niveau médico-social.

1- La théorie du temps dans les soins en addictologie

Cette théorie stipule que la conception du temps des personnes addictes n'est pas la même que les personnes qui ne sont pas addictes. Selon Michel Hautefeuille, *« La personne addictive ne cesse d'interroger son rapport au temps, si particulier et parfois si différent de celui des personnes qui l'entourent. Le besoin d'immédiateté de la satisfaction du désir préside au vécu*

⁴⁴⁷ ANPAA. (Page consultée le 15 février 2022). *Etapes d'accompagnement et de soins en CSAPA Temporalité et fin de suivi*, [En ligne]. Adresse URL: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-ReperesCSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>

⁴⁴⁸ Couteron, Jean-Pierre. (Page consultée le 18 juin 2022). *« 51. Organisation de l'offre médico-sociale », dans : Michel Reynaud éd., Traité d'addictologie. Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016, p. 411-415., En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503-page-411.htm?contenu=resume>*

de l'individu. Pour celui-ci, le temps s'étire, se dilate et semble interminable. ¹ »⁴⁴⁹. Alors il exige « ici et maintenant » ; ce qui a fait dire de l'usager de drogue qu'il était dans le « tout, tout de suite ». ² ⁴⁵⁰». Cet extrait de la fiche Repères de l'ANPAA nous montre le rapport de la personne addictive au temps, dans les soins en addictologie. Une personne addictive organise son temps autour de l'objet de son addiction : comment vais-je me procurer le produit ? Où vais-je consommer ? Quand vais-je consommer ? Pourrai-je en avoir encore ? Ce sont autant de questions que se posent la personne addictive par rapport à l'objet de son addiction et la gestion de son temps. Voici encore une autre information importante sur le rapport de la personne addictive au temps. C'est que le besoin de consommer est impérieux. Il y'a des besoins qui nécessitent une rapidité de réponse pour la personne addictive. C'est ce que les analystes ont nommé : la théorie de « *la rationalité limitée dans l'addiction* », la théorie de l'actualisation hyperbolique, la thèse de l'incohérence temporelle des « *accros* ». Ces dernières figurent parmi les théories de l'addiction⁴⁵¹. Dans la vie réelle, en général, leurs actes seront en rapport avec ces théories de gestion du temps.

2- Les théories de l'attachement

Ces théories stipulent que certains individus emploieront des produits, pour pouvoir relayer le rôle que les figures d'attachement jouaient auparavant dans leur vie, face à l'angoisse de la séparation.

Parmi les enjeux de l'accompagnement et des soins en addictologie, nous avons des enjeux psychologiques. La question du lien et de la séparation est centrale.

⁴⁴⁹ Hautefeuille, Michel cité par ANPAA. (Page consultée le 15 février 2022). *Étapes d'accompagnement et de soins en CSAPA Temporalité et fin de suivi*, [En ligne]. Adresse URL: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-ReperesCSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>

⁴⁵⁰ Olievenstein, Claude cité par ANPAA. (Page consultée le 15 février 2022). *Étapes d'accompagnement et de soins en CSAPA Temporalité et fin de suivi*, [En ligne]. Adresse URL: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-ReperesCSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>

⁴⁵¹ Tecco, Juan, et Pierre-Alexandre, Kopp. (Page consultée le 14 février 2022). « Chapitre 9. Le comportement économique de l'alcoolique : les déterminants de la problématique alcoolique tels que décrits par les économistes de la santé », dans : Philippe de Timary éd., *Sortir l'alcoolique de son isolement*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Carrefour des psychothérapies », 2014, p. 203-222. DOI : 10.3917/dbu.timry.2014.01.0203., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/---page-203.htm>

« Les conduites addictives sont souvent définies comme une pathologie du lien qui vient colmater l'angoisse de séparation et tenter de l'éviter : angoisse fondamentale liée à l'absence, à la perte, que tout être humain doit apprendre à surmonter... Les théories sur l'attachement de Donald Winnicott décrivent ce travail de maturation psychologique que tout être humain doit accomplir, celui de devoir satisfaire un besoin fondamental de sécurité, qui au début, est assuré par la proximité de figures d'attachement attentives au besoin de protection du bébé. Puis, tout individu va devoir apprendre à supporter l'absence de ces figures d'attachement et ainsi, développer une base interne de sécurité nécessaire à l'ouverture sur le monde extérieur... ».

Pour certaines personnes, l'alcool va aider l'individu à réaliser ce travail séparation-individuation.

3- La théorie du décloisonnement des champs de l'alcoologie, de la tabacologie et de la toxicomanie : la théorie de l'addictologie

Parmi les fondamentaux de l'addictologie⁴⁵², la fréquence croissante des poly consommations des substances addictives⁴⁵³ est à l'origine de cette théorie.⁴⁵⁴ L'addictologie naît d'une volonté commune⁴⁵⁵, et d'une approche commune, clinique, scientifique mais aussi politique de l'ensemble des conduites addictives pour décloisonner les approches, en vue de globaliser et améliorer les politiques de santé publique dans ces domaines. En France, par exemple, la naissance de l'addictologie a permis les rapprochements entre les professionnels des champs de l'alcoologie, de la tabacologie et de l'intervention en toxicomanie. L'addictologie a permis de dépasser l'approche par produit, pour arriver au concept d'addiction.

⁴⁵² Larousse. (Page consultée le 26 octobre 2022). *Décloisonner*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/décloisonner/22260>
Selon le dictionnaire Larousse, décloisonner signifie : « *Enlever les cloisons qui empêchent les relations entre les disciplines, les administrations, etc.* ».

⁴⁵³ Gomez, Henri. (Page consultée le 18 juin 2022). « *L'accompagnement en alcoologie clinique* », *Empan*, 2009/2 (n° 74), p. 78-81. DOI : 10.3917/empa.074.0078., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-empans2009-2-page-78.htm>

⁴⁵⁴ Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003.

⁴⁵⁵ Fédération Française d'Addictologie. (Page consultée le 18 juin 2022). *Le champ de l'addiction*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.addictologie.org/spip.php?page=avectitre&id_rubrique=7

Selon Henri-Jean Aubin, « *Passer de l'approche par produit à une approche addictologique suppose de modifier en profondeur la façon de faire d'un centre de traitement. Les soignants sont amenés à centrer leur action sur le patient, au lieu de se contenter de s'organiser autour d'un programme thérapeutique standardisé, auquel les patients seraient invités à s'adapter.*⁴⁵⁶ *Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ? Entre points communs et spécificités* Gomez Henri, « *L'accompagnement en alcoologie clinique* ».

4- Théorie de l'accompagnement médical des malades alcooliques

Il y a un certain type d'accompagnement médical qui aiderait les malades alcooliques à sortir de l'alcoolisme pour aller vers l'abstinence. La prise en charge⁴⁵⁷ d'un sujet en difficulté avec l'alcool⁴⁵⁸ se fait selon des principes. Selon ces principes, la prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool comporte deux phases. La première phase est le repérage du trouble du sujet avec l'alcool. La deuxième étape est la prise en charge effective de ce trouble. Selon Rigaud Alain, et Simon Catherine, le repérage du trouble de l'usage de l'alcool consiste à voir : le niveau de consommation, et le repérage des dommages liés à la consommation de l'alcool

⁴⁵⁶ Aubin, Henri-Jean. (Page consultée le 18 juin 2022). « *De l'approche par produit au concept d'addiction* », Revue Projet, 2004/5 (n° 282), p. 85-90. DOI: 10.3917/pro.282.0085. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-projet-2004-5-page-85.htm>

⁴⁵⁷ Gomez Henri, « *L'accompagnement en alcoologie clinique* », Empan, 2009/2 (n° 74), p. 78-81. DOI : 10.3917/empan.074.0078. URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-2-page-78.htm>

ANPAA. (Page consultée le 06 mars 2023). *Etapas d'accompagnement et de soins en CSAPA Temporalité et fin de suivi*, [En ligne]. Adresse URL : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-CSAPA-Etapes- accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>

⁴⁵⁸ Rigaud, Alain, et Catherine, Simon. (Page consultée le 15 février 2022). « 66. *Principes de prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool* », dans : Michel Reynaud éd., *Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « *Traités* », 2016, p. 491-498., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-491.htm>

Gomez Henri, « *L'accompagnement en alcoologie clinique* », Empan, 2009/2 (n° 74), p. 78-81. DOI: 10.3917/empan.074.0078. URL: <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-2-page-78.htm>

ANPAA. (Page consultée le 06 mars 2023). *Etapas d'accompagnement et de soins en CSAPA Temporalité et fin de suivi*, [En ligne]. Adresse URL : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-CSAPA-Etapes- accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>

Par la suite, la prise en charge effective d'un trouble de l'usage de l'alcool va plus loin pour identifier les objectifs et stratégies de cette pec.

Steinglass, quant à lui, propose un modèle thérapeutique intégré de prise en charge des problèmes d'alcoolisme. Ce modèle comporte quatre (4) phases :

- La phase de diagnostic⁴⁵⁹,
- Une phase d'informations et de conseil au patient et à sa famille par l'intervenant,
- Le choix final de la méthode thérapeutique pris par le patient, assisté de sa famille,
- La re stabilisation ,
- Et l'organisation familiale.

Le choix d'une méthode thérapeutique n'est pas systématique. Il est lié à chaque malade alcoolique. Il s'agira d'exposer les positionnements face aux différentes méthodes thérapeutiques utilisées. Quant aux méthodes thérapeutiques, nous avons 3 positions : l'aquoibonisme, l'égalitarisme, et la croisade⁴⁶⁰.

La croisade milite pour un alcoolisme, une étiologie, un traitement. Ceux qui privilégient ce mode de traitement préfère un mode d'intervention par rapport aux autres.

Goodwin Edward : L'aquoibonisme sous-entend d'après l'étude de Gotteil de 1977, qu'un simple conseil après un suivi d'un an peut être aussi efficace qu'une prise en charge complète normale. Pour lui, la première méthode n'annule pas l'efficacité de la seconde. Gotteil rajoute que peut être même des thérapeutes pour défaut thérapeutique pouvaient décider d'un non-traitement du patient. Le traitement du patient pour cela ne sera pas ineffectif. D'après les résultats des études de Miller et Hester de 1986, l'égalitarisme suggère que tous les traitements (quelle que soit leur durée ou intensité) se valent dans les résultats. Pour rester dans un traitement, il faut qu'il soit efficace. Selon l'efficacité des traitements, Roussaux trouve les trois dernières méthodes adaptées au traitement des personnes alcooliques en les appariant en

⁴⁵⁹ Roussaux, Jean-Paul, Denis Hers, et Blandine, Faoro-Kreit. *L'alcoolique en famille. Dimension familiale des alcoolismes et implications thérapeutiques*, 2e édition revue et augmentée, De Boeck Supérieur, Collection Oxalys, 2000, p. 179, 58-60.

Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, DUNOD, Collection Psychothérapies, 2003, p. 209-222.

⁴⁶⁰ Roussaux, Jean-Paul, Denis Hers, et Blandine, Faoro-Kreit. *L'alcoolique en famille. Dimension familiale des alcoolismes et implications thérapeutiques*, 2e édition revue et augmentée, De Boeck Supérieur, Collection Oxalys, 2000, p. 177-180 , 41, 58.

fonction des informations les plus précises des patients qu'ils auront reçu. Il faut évidemment la motivation des patients pour rester dans tel ou tel traitement. Selon Luborsky, les patients très graves, et très légers sont peu influencés par les programmes thérapeutiques, contrairement aux patients à intensité moyenne.

Les personnes guéries témoignent de ce qui leur a permis de s'en sortir.

Conclusion

Ce troisième chapitre avait pour but de présenter les théories de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. Il comprend deux sections : les théories générales de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques et les théories spécifiques de cet accompagnement.

Les théories générales de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques sont les mêmes que celles qui fondent les soins pour tout type de population.

Dans l'accompagnement médicosocial de façon générale, que ce soit l'accompagnement médical, social ou médicosocial, il y'a des fondements à savoir. La logique de l'accompagnement est une logique d'optimisation et non cette fois-ci de réparation ou d'assistance, comme dans les années 70.

La posture du soignant est importante dans la mesure, il ne vient pas dominer le patient. Mais, il vient dans l'optique de faire participer ce patient à son processus de guérison. Les soignants sont formés pour pouvoir s'occuper correctement des patients. Pour l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, la maladie alcoolique présentant des particularités, il faut respecter certains principes de charge. Ces principes sont le repérage du trouble et la pec effective. Il faut aussi considérer que la conception du temps chez les personnes addictes n'est pas la même, que chez des personnes addictes. L'hyperbolisation du temps chez les malades alcooliques peut les rendre parfois très agressifs, ou trompeurs, d'où l'intérêt pour une meilleure connaissance de cette maladie pour les soignants. Selon la théorie de l'attachement, le produit alcool va aider au travail de séparation-individuation, chez les personnes alcooliques. Nous rappelons que cette séparation fait partie du développement humain, de la croissance de l'individu dans la société. Il faut aussi considérer le phénomène de la polytoxicomanie, pour mieux prendre en compte toutes les conséquences liées à l'alcoolisme.

CHAPITRE IV : LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO SOCIAL DU MALADE ALCOOLIQUE

Introduction

Parler des différentes phases de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques revient à parler des étapes successives de cet accompagnement, tant au niveau médical que social. Dans cette section, il s'agira pour nous d'exposer les différents types de services fournis en réponse aux demandes d'aide à des personnes en difficulté avec l'alcool.

D'emblée, il faut dire que cet accompagnement n'est pas du tout figé, structuré. Premièrement, les raisons sont liées à la maladie alcoolique, qui elle-même varie selon les individus.

Deuxièmement, quel que soit la personne alcoolique en face, il existe deux principes de prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool. Le premier principe est le repérage du trouble du sujet avec l'alcool. Le deuxième principe est la prise en charge effective de ce trouble. En fait, la prise en charge effective de ce trouble dépend de la phase de repérage, qui comprend les éléments nécessaires pour le soin tels que : le repérage du trouble du sujet avec l'alcool, le diagnostic du trouble, le choix de la méthode thérapeutique et le soin lui-même adaptés aux besoins de la personne.

Ainsi, dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, dans les interventions, aucune hiérarchie dans les soins ne sera imposée au malade alcoolique où à l'intervenant, au moment des soins ; sauf, les principes de prise en charge d'un sujet en difficulté avec l'alcool.⁴⁶¹

Troisièmement, nous allons expliciter les notions de prise en charge et d'accompagnement.

Dans le travail social, les notions de prise en charge et d'accompagnement sont deux postures différentes, pour parler du fait d'être aux côtés d'une personne en situation de dépendance.

La première notion, celle de prise en charge plus ancienne, contient en elle l'idée d'une charge, d'un fardeau.

⁴⁶¹ On ne parle pas de prise en charge car c'est une posture professionnelle différente : dans la prise en charge il y'a une notion d'extériorité de l'individu à prendre en charge, la prise en charge est institutionnelle dans l'accompagnement on travaille vraiment aux cotés de la personne dans son quotidien.

Mottaz, Anne-Marie. (Page consultée le 15 mars 2022). « *Accompagnement* », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « *Hors collection* », 2012, p. 42-43. DOI : 10.3917/arsl.forma.2012.01.0042. URL : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>

Le plus souvent, la notion de prise en charge évoque le fait pour l'entité responsable de la prise en charge, de « *faire à la place de* », la personne, ce qu'elle n'arrive pas à faire. Or dans le domaine du maintien de l'autonomie d'une personne, quand on arrive à ce stade, faire à la place de la personne, on est loin de cette notion de maintien. Les raisons sont le manque de participation de la personne aux activités qui la concernent, quand elle a une potentialité, aussi faible soit-elle de le faire. Donc, on ne maintient pas les acquis de cette personne ; On ne lui en fait pas acquérir non plus. Ce qui entraîne une perte d'autonomie. Il y a donc un manque. Le but d'une prise en charge est d'assumer une responsabilité par rapport à un besoin constaté. Mais, un besoin peut couvrir « *un ou plusieurs autres besoins* ».

Dans l'éthique du care, nous avons la notion de care, qui signifie « soin mutuel ». Les théories autour de ce terme care trouvent leur origine dans l'étude publiée par Carol Gilligan. À partir des résultats de son enquête, elle « établit le nouveau paradigme moral du care comme « *Capacité à prendre soin d'autrui* » », « souci prioritaire des rapports avec autrui ». « Les éthiques du care affirment l'importance des soins et de l'attention portés aux autres, en particulier ceux dont la vie et le bien-être dépendent d'une attention particularisée, continue, quotidienne ». Selon cette théorie, « la visée du care est de favoriser les relations – « *avec et pour autrui, dans des institutions justes* » pour reprendre la définition de l'éthique selon Ricœur ». Tronto présente 4 phases du care qui sont 4 aspects du care : le caring about, « *se soucier de* », le taking care of, « *prendre en charge* », le care giving, « *prendre soin* », et le care receiving, « *recevoir le soin* ».

C'est la troisième dimension de la notion du care, la dimension du care giving, « *prendre soin* » qui prend en compte la singularité du besoin de l'individu. Dans cette dimension, on entre en contact avec l'individu dans le but de « *lui procurer efficacement ce qui pourvoit à ses besoins* ». C'est une réelle rencontre. Cette dimension est suivie du care receiving, qui qualifie si le donneur de soins a réellement répondu à tous les besoins de l'individu⁴⁶².

En prenant en compte, ces deux derniers aspects de la care, il semble qu'en termes de satisfaction totale des besoins d'un individu, la prise en charge a besoin d'être complétée par

⁴⁶² Idem.

une prise en compte des désirs, besoins réels et/ou profonds des personnes concernées ; ce qui pourrait aboutir à une démarche de soins, une posture éthiquement acceptable⁴⁶³.

Dans le travail social, il fallait trouver une autre notion pour véhiculer « une éthique permettant aux professionnels d'être « à côté » de celui qui a besoin d'eux, de l'aider dans ce qu'il ou elle ne peut entreprendre seul, (mais sans se substituer à lui, sans faire à sa place et sans aggraver le sentiment qu'il ou elle est un poids, une charge). » Ils ont trouvé la notion d'accompagnement. La différence entre la prise en charge et l'accompagnement est donc au niveau de la posture. L'accompagnant travaille aux côtés de la personne à accompagner, tout en maintenant son autonomie. L'entité de prise en charge, quant à elle assume des responsabilités à la place de l'individu responsabilités à la place de l'individu⁴⁶⁴ à prendre en charge.⁴⁶⁵ L'accompagnement est une notion plus large que celle de la prise en charge.

Dans ce chapitre, la question spécifique est la suivante : quel est le parcours d'abstinence des malades alcooliques ?

Nous partons du postulat général, que la prise en charge des malades alcooliques est relative à chaque individu.

Dans une organisation, l'intervention vise trois objectifs⁴⁶⁶ : «

- *Produire de l'information valide et utile*
- *Aider à la décision*

⁴⁶³ Ibidem.

⁴⁶⁴ De Robertis, Cristina. (Page consultée le 28 décembre 2021). *La méthodologie de l'intervention*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/methodologie-de-l-intervention-en-travail-social--9782810906840-page-63.htm>

⁴⁶⁵ Fondation IRTS. (Page consultée le 15 mars 2022). *De la prise en charge à l'accompagnement : sens des interventions et postures professionnelles par Olivier Huet*, [En ligne]. Adresse URL : <https://fondation-itsrs.org/de-la-prise-en-charge-a-l.html>

Danancier, Jacques. (Page consultée le 15 mars 2022). « *L'accompagnement, le suivi et la prise en charge* », dans : Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif. Rocs, référentiel d'observation des compétences sociales, sous la direction de Danancier Jacques. Paris, Dunod, « *Santé Social* », 2011, p. 47-56., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/le-projet-individualise-dans-l-accompagnement--9782100540976-page-47.htm>

⁴⁶⁶ Althaus, Virginie, et Éric, Brangier. (Page consultée le 26 octobre 2022). « *Intervention* », dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations. 110 notions clés*. Paris, Dunod, « *Psycho Sup* », 2016, p. 256-260. DOI : 10.3917/dunod.valle.2016.01.0256. URL : <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-256.htm>

- *Garantir une implication interne* »

S'agissant d'un individu, l'intervention vise l'amélioration d'une situation-problème avec l'aide d'un tiers.

Selon Althaus, Virginie, et Éric, Brangier, la pratique de l'intervention est fondée sur des théories et des méthodes. Elle « *tient compte du respect de la déontologie de la profession et de la construction d'une intervention adaptée au problème du terrain* ».

Il existe différentes approches de l'intervention dans les organisations :

- La recherche-action :⁴⁶⁷ c'est une recherche qui donne lieu à une intervention ou c'est une intervention qui donne lieu à une recherche ; le but de cette recherche est d'accompagner et d'étudier des processus de changement, en faisant participer de manière active les individus, les groupes et les organisations concernées,

- L'approche clinique, s'intéresse « *aux phénomènes inconscients à l'œuvre dans les organisations, afin d'améliorer leur fonctionnement.* »

- Le développement organisationnel, « *centré sur l'amélioration de l'efficacité organisationnelle, ce courant propose des interventions sur les processus de groupe, la communication ou les conflits.* »

- L'approche systémique, s'intéresse à la fois à l'intervenant, et le système au sein duquel l'intervention se déroule « et la prise en compte des capacités d'autorégulation de ce dernier ». Au niveau empirique, des activités sont menées sur le terrain, par plusieurs types de structures et d'intervenants, dans le domaine de la prise en charge des malades alcooliques. Au niveau théorique, ces activités sont menées selon une méthodologie d'intervention. La diversité des logiques de parcours d'accompagnement des malades alcooliques est liée à la singularité du parcours de dépendance de chaque patient alcoolique.

L'intérêt de ce chapitre est d'ordre théorique, dans la mesure où les intervenants dans les corps médical et social, ont besoin d'être formés à l'accompagnement du malade alcoolique. Les analyses des résultats issus de l'enquête, nous permettront aussi de confronter les regards que

⁴⁶⁷ Ferry, Gilles. (Page consultée le 16 juin 2022). *Dubost (Jean) L'Intervention psychosociologique, 1987. In : Recherche & Formation, N°3, 1988. Les professions de l'éducation : recherches et pratiques en formation.* pp. 120- 122., [En ligne]. Adresse URL : www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_1988_num_3_1_1967_t1_0120_0000_2

les intervenants ont, ainsi que ceux des malades alcooliques abstinents interviewés, sur l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, donné et reçu. Cette confrontation nous permettra de mieux apprécier les éléments, qui jouent dans l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. Nous rappelons que le parcours d'accompagnement⁴⁶⁸ des malades alcooliques comprend une ou plusieurs phases dont : l'accompagnement médical, l'accompagnement psychothérapeutique et la postcure⁴⁶⁹. Cette section quatre sous-sections qui sont les suivantes :

- Intervention 1 : la prise en charge psychosociale, le soutien psychosocial ou l'accompagnement psychothérapeutique,
- Intervention 2 : le sevrage ou la cure de désintoxication,
- Intervention 3 : la postcure.

I- Intervention 1 : la prise en charge psychosociale, le soutien psychosocial ou l'accompagnement psychothérapeutique

En psychologie de la santé, la prise en charge psychologique se rapporte « à un ensemble de démarches plus ou moins proches de l'éducation à la santé, où il s'agit d'éduquer les patients à avoir des comportements plus adaptés à leur nouvelle situation de malade... Les psychothérapies constituent un autre versant de cette prise en charge psychologique. »

Selon les auteurs Mahamoud Zongo, Justine Capochichi, Prosper Gandaho, Yves Coppieters, « La prise en charge psychosociale des personnes est un facteur indispensable pour l'amélioration de leur état de santé. Les besoins des malades ne se limitent pas à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux. Ils ont besoin entre autres d'un soutien psychologique, social et spirituel. »

⁴⁶⁸ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 125-156.

Lançon, Christophe. (Page consultée le 28 octobre 2022). « 5. Les stades du changement », dans : *Conduites addictives et processus de changement*. Montrouge, John Libbey Eurotext, « L'Offre de soins en psychiatrie », 2013, p. 35-40., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/conduites-addictives-et-processus-dechangement--9782742011087-page-35.htm>

⁴⁶⁹ Richard, Denis, et Jean-Louis, Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, p. 324, 363, 376.

Ce soutien peut atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre la maladie et l'irréversibilité de la maladie ou de la mort. « *Il peut favoriser également une meilleure intégration dans la société.* ».

La prise en charge psychologique est différente de la réhabilitation psychosociale, qui elle « *Désigne un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques sévères à atteindre un niveau satisfaisant d'adaptation à la communauté et d'indépendance au sein de celle-ci [6]. À travers ces aspects fonctionnels, la réhabilitation favorise le rétablissement de ces personnes. En s'appuyant sur les capacités préservées et en les mobilisant pour pallier les troubles générés par la maladie, elle mise sur les forces mobilisables et permet, de surcroît, d'améliorer l'estime de soi et la confiance en soi.* »⁴⁷⁰

Durant cette phase, le psychologue ou tout thérapeute formé à effectuer ce genre d'intervention, s'entretient avec la personne.

« *En tant que psychologue ici, mon travail consiste à soutenir les patients, faire des psychothérapies* » (Psychologue). Il s'agit ici, de l'utilisation de moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique⁴⁷¹. Il existe un accord professionnel pour considérer que le soutien psychologique assuré par tout thérapeute formé, est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool. Selon la Haute Autorité de Santé, « *le traitement médicamenteux intervient en complément de la prise en charge psychosociale* ».

II- Intervention 2 : le sevrage ou la cure de désintoxication

Le sevrage est défini comme étant « *le stade initial de la prise en charge des sujets physiquement dépendants de substances psychoactives* ». Le sevrage s'opère, selon les cas, en milieu hospitalier ou en ambulatoire et vise à limiter le malaise psychique physique et psychique lié au syndrome de manque. On appelle aussi le sevrage, désintoxication ou cure de désintoxication. Au sens strict du terme, le sevrage concerne les personnes devenues

⁴⁷⁰ Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, p. 141.

⁴⁷¹ Larousse. (Page consultée le 01 janvier 2021). *Psychothérapie*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychotherapie/64891>

physiquement dépendantes de la substance psychoactive. Le sevrage est différent de la substitution⁴⁷². Aujourd'hui, « *il est habituel de désigner sous l'appellation de sevrage, d'une façon plus extensive et moins spécifique, l'ensemble des mesures thérapeutiques destinées à aider un sujet à mettre un terme à la consommation de la substance psychoactive dont il est devenu dépendant, même si cette dépendance reste purement psychologique et/ou comportementale. La qualité de la prise en charge lors du sevrage est déterminante pour l'étape suivante de la postcure qui repose sur un travail essentiellement psychothérapeutique et sur le traitement de réaction dépressive faisant suite à l'arrêt de la toxicomanie* ». La cure se fait dans des structures de cure.

III- Intervention 3 : la postcure

La postcure se fait dans des structures de postcure. Durant la phase de désintoxication⁴⁷³ ou de sevrage, le patient conforte sa capacité d'autonomie psychique et sociale par la double expérience de l'abstinence ; pour certains, ils vont vivre en collectivité tout en bénéficiant d'une aide psychologique éducative et si besoin médicale. Donc la postcure offre aux patients, notamment pour les plus désocialisées d'entre eux, l'occasion de faire le point et d'engager en s'appuyant sur une expérience relationnelle nouvelle un processus de changement personnel, l'institution s'emploie à lui fournir des repères.

IV- Le regard des malades alcooliques interviewés et des intervenants sur l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques en général

⁴⁷² La substitution ou le traitement de substitution est une modalité de traitement neurobiologique d'un sujet pharmacodépendant, reposant sur l'administration d'une substance qui a une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive. La substitution vise, en prévenant la symptomatologie psychique et physique du manque, à stabiliser la consommation de drogues illicites injectables (héroïne) ou, pour le moins, à le diminuer, à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et somatiques, et surtout, à mettre en place un étayage psychologique et social suffisant pour que celui-ci ne réitère pas l'utilisation de drogue au terme de ce traitement le plus souvent très prolongé. L'objectif doit rester l'élaboration d'un projet de vie, dont la dépendance à la drogue est exclue.

⁴⁷³ Richard, Denis, et Jean-Louis, Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, p. 324.

Le regard, c'est non seulement, l'action de regarder quelqu'un ou quelque chose, mais aussi la manière de regarder et l'expression des yeux⁴⁷⁴ ; sachant que regarder signifie « Examiner quelque chose avec attention ou le considérer sous un certain angle ».

Selon Marc-Alain Descamps, « *Le langage français marque bien la distinction entre voir, qui est passif et se fait automatiquement, et regarder, qui est actif et implique une intention et une volonté de voir mieux un élément de son champ de vision... Le regard est bien plus complexe. Il désigne à la fois l'acte de regarder, la direction de l'œil qui vise un objet et la manière de diriger pour explorer le champ visuel ou l'objet. Enfin le regard évoque l'expression des yeux de celui qui regarde en tant que ceci traduit ses intentions et son affectivité. Aussi le regard n'est pas l'œil, il peut même être son opposé.* »⁴⁷⁵

À partir de ces définitions, nous pouvons retenir que le regard des malades alcooliques abstinentes interviewés et des intervenants sur leur accompagnement médicosocial en général, est un jugement: d'une part que les malades alcooliques font sur l'accompagnement qui leur est apporté, en termes de ce qui est bien, des qualités qu'ils ont vu chez les accompagnants, qu'est ce qui les marque de façon pratique et aussi en théorie ; d'autre part, que les intervenants font sur l'accompagnement qu'ils apportent aux malades alcooliques, une espèce d'autocritique.

Le livre duquel nous allons tirer nos théories a été écrit par Descamps Marc-Alain. Il s'intitule « *Le langage du corps et la communication corporelle* ». Le chapitre s'intitule « La psychologie du regard ».

Dans cette section, nous voulions faire des comparaisons entre, les relations que les intervenants doivent tisser du point de vue théorique avec les patients alcooliques, et de façon pratique ce que les intervenants interviewés ont observé.

Les résultats de cette section sont issus à la fois des réponses des malades alcooliques et des intervenants. Aux malades alcooliques, nous leur avons posé la question suivante : « *Si vous pouviez décrire les qualités de ces personnes, quelles qualités pourriez-vous dire ?* ». Nous

⁴⁷⁴ Larousse. (Page consultée le 28 octobre 2022). *Regard*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/regard/67592>

⁴⁷⁵ Descamps, Marc-Alain. (Page consultée le 28 octobre 2022). « 11 - *La psychologie du regard* », dans : *Le langage du corps et la communication corporelle*. Sous la direction de Descamps Marc-Alain. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « *Psychologie d'aujourd'hui* », 1993, p. 83-101., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/le-langage-du-corps-et-la-communication-corporelle--9782130452072-page-83.htm>

De la requête de la fréquence de mots sur le logiciel NVIVO, nous pouvons constater que les mots les plus fréquemment utilisés lors de leurs réponses à cette question concernent dans la surface qui est mieux détaillée : l'écoute, la compréhension, le fait de parler, le terme chaleureuses, la confiance, le terme active et d'autres termes qui ne seront pas cités ici.

Selon la base des données, ce sont 25 personnes interrogées qui ont répondu qui ont affirmé qu'elles se confiaient en au moins une personne, par rapport à leurs problèmes d'alcool.

Le terme le plus évoqué est l'écoute. Étymologiquement parlant, écouter signifie prêter attention à ce qu'on entend. Du latin « *auscultare* », l'écoute veut dire prêter l'oreille.

Enquêté 3 : « *Bonnes, à l'écoute* ».

Enquêté 37 : « *Écoute et toutes les qualités.* »

L'écoute fait partie des qualités constatées le plus souvent chez les personnes de confiance.

Enquêté 5 : « *...écoute sans jugement ni condamnation...* »

Enquêté 15 : « *Qualité d'écoute sans jugement.* »

Enquêté 4 : « *Manque de temps pour l'écoute* », en parlant des médecins

Même dans l'écoute, les malades alcooliques ne vont pas tout dire à la même personne. Ils choisissent ce qu'ils ont à dire et les personnes à qui le dire.

La deuxième qualité qui revient le plus souvent est la compréhension. Selon le lexique des sciences sociales, la compréhension, s'oppose à l'explication. En d'autres termes, une qualité qui réside chez les personnes de confiance est la compréhension de la situation des malades alcooliques.

Enquêté 13 : « *Écoute, compréhension, soutien moral ; aussi, j'ai pu m'identifier aux personnes qui étaient là ; regard sur l'alcool : c'était le clochard, celui qui vivait sur les ponts. Je ne me voyais pas du tout alcoolique. Je me suis tournée vers l'asso par hasard. Ils m'ont permis de me regarder en tant qu'alcoolique, aller les rencontrer, parce qu'on en rencontre partout. J'étais en détresse pas parce que j'étais alcoolique. J'étais dans le déni.* »

Enquêté 1 : « *Consciencieuses (comment ils prennent conscience de mon état), à l'écoute.* ».

La troisième qualité qui revient le plus souvent est le soutien moral. Nous avons les audios 21 et 25, nous en parlent dans les extraits ci-dessus.

Enquêté 21 : « *Soutien psychologique* »

Enquêté 25 : « *Acceptation de mon problème ainsi que son soutien.* »

La quatrième qualité est le fait que les personnes soient chaleureuses. Nous retrouverons aussi cette notion dans l'accueil, même si le terme accueil comme qualité, passe en sixième position.

Enquêté 1 : « *Accueillants et chaleureuses.* »

Enquêté 28 : « *3) chaleureuses : personnes qui t'accueillent, qui te donnent la bienvenue, à n'importe quel moment ; on peut compter sur elles dans toutes les situations, même situation d'argent.* »

La cinquième qualité citée est l'encouragement.

Enquêté 12 : « *Elle m'a encouragé pendant les premiers jours d'abstinence.* »

Enquêté 19 : « *1. Sans al : revalorisation de la personne ; ils m'ont fait, donné courage, confiance et le fait d'avoir donné confiance en toi, tu repars très tranquille. Ex : vie libre, responsabilités; inconsciemment, tu sais que tu sais faire quelque chose.* ».

La sixième qualité est selon l'ordre des discours dans NVIVO, le fait d'être accueillant. Selon le CNTRL, dans l'accueil, il y'a deux aspects : le fait d'accueillir et la manière d'accueillir ; « *...Il y a 2 sortes d'accueils : celui que l'on fait, celui que l'on reçoit.* »⁴⁷⁶.

La septième qualité et la huitième qualité se trouvent dans le discours de l'enquêté 5. La septième qualité est qu'il n'y a pas lien de parenté entre les personnes. La huitième qualité est la connaissance de la psychologie.

Enquêté 5 : « *(Avec les 2) : Pas de lien de parenté ; écoute sans jugement ni condamnation ; une connaissance de la psychologie...* ».

Ces propos révèlent que le lien familial peut parfois affecter la compréhension de la situation des malades alcooliques par la famille. Ainsi, ils ne trouvent pas une écoute sans jugement, base de confiance pour pouvoir progresser dans leur parcours d'abstinence.

La neuvième qualité est le fait de pouvoir s'identifier à autrui. Enquêté 6 : « *Pour moi, elle représente mon égo.* »⁴⁷⁷

La dixième qualité, est d'être un soutien, mais cette fois-ci physique. Enquêté 7 : « *Il venait toujours souffler dans l'alcootest. Il m'a sauvé la vie.* »

⁴⁷⁶ CNTRL. (Page consultée le 9 mars 2023). *Accueil*, [En ligne], adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/accueil>

⁴⁷⁷ Larousse. (Page consultée le 28 octobre 2022). *Ego*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ego/28029>

La onzième qualité est le fait d'être un modèle⁴⁷⁸.

Enquêté 10 : « *Quelqu'un de (1 modèle), pas forcément à qui je voulais ressembler. J'aime sa façon de fonctionner, son réalisme et son terre à terre, par rapport à tout ce qui concerne la problématique alcool ; prise de responsabilité, compétence, associatif ; sa personnalité.* ».

La douzième qualité, est l'accompagnement à la reconnaissance et à l'acceptation de la maladie alcoolique.

Enquêté 13 : « *Écoute, compréhension, soutien moral ; aussi, j'ai pu m'identifier aux personnes qui étaient là ; regard sur l'alcool: c'était le clochard, celui qui vivait sur les ponts. Je ne me voyais pas du tout alcoolique. Je me suis tournée vers l'asso par hasard. Ils m'ont permis de me regarder en tant qu'alcoolique, aller les rencontrer, parce qu'on en rencontre partout. J'étais en détresse pas parce que j'étais alcoolique. J'étais dans le déni.* ».

La treizième qualité est le fait d'être formidable, qui signifie selon le CNRTL, une personne « *Très sympathique, très serviable, etc.* ».

Enquêté 26 : « *1) Personne formidable à tous les niveaux : amie, amante, tolérante, pas amoureuse, patiente envers moi. Elle croyait pour moi, facteur favorisant ; 2) au même titre : amis qui ne vous jugent pas, de la bienveillance, tolérance ; 3) tolérants, vers la fin, ils perdaient la patience; au bout d'un moment, c'est dur.* ».

La quatorzième qualité est l'honnêteté.

Enquêté 28 : « *Elles sont des personnes honnêtes : disent la vérité (sa propre vérité, et l'amènent avec toute la franchise ;* ».

La quinzième qualité, est le fait d'être brave.

Enquêté 28 : « *2) braves : des personnes qui arrivent à accepter la vie telle qu'elle est, avec la souffrance, avec la solitude, la souffrance, les maladies ; ils disent : oui, ok; je suis malade. Ils prennent soin, mais sans, au-delà de la médecine établie (ils se soignent par leur foi) ;* »

La seizième qualité est d'être surprenant.

Enquêté 32 : « *Compréhension et surprise.* »

La dix-septième qualité est la connaissance des problèmes, du milieu, selon l'enquêté 33.

Enquêté 33 : « *3) les médecins : difficile quand on doit avouer ; tous 1, 2, 3 : qualité d'écoute et connaissance des problèmes, du milieu;* ».

⁴⁷⁸ Grawitz, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, p. 278.

La dix-septième qualité est la connaissance des problèmes, du milieu, selon l'enquête 33. Enquête 33 : « 3) les médecins : difficile quand on doit avouer ; tous 1, 2, 3 : qualité d'écoute et connaissance des problèmes, du milieu ; ».

La dix-huitième qualité est l'amour.

Selon le CNTRL, il existe plusieurs sortes d'amour : « *Amour filial, amour fraternel, amour conjugal, amour paternel ou maternel, amitié, bienfaisance, charité, philanthropie, l'amour est partout, il est notre vie même. G. Sand, Histoire de ma vie, t. 2, 1855, p. 334.* ». Nous avons : l'amour comme principe d'union universelle, l'amour comme lien affectif entre des personnes, l'amour entre les membres d'une même famille naturelle ou entre conjoints, et l'amour considéré comme lien passionnel entre deux personnes.

Enquête 37 : « *1-L'amour (elle aurait tout fait pour que je sois heureuse ; mon père aussi ; attestation pour garder les enfants, me défendre, enquête sociale).* ».

Pour les commentaires sur le classement du réseau d'aide Certains prônent le non-mélange aux politiques. Il faut s'adresser directement qui vivent les mêmes problèmes. La famille ne peut rien parce qu'elle ne comprend pas la maladie, quand pour d'autres ce sont les reproches de la famille qui les ont sauvés. Dans tous les cas, le lien avec l'association crée des amitiés et de nouveaux comportements qui aident à sortir de l'alcoolisme. Pour certains, c'était le vide autour d'eux. Il a fallu compter en priorité sur eux-mêmes.

Le regard des accompagnants sur leurs relations avec les malades alcooliques

Ce regard porte à la fois sur les moyens utilisés par les intervenants pour créer des liens dans la relation thérapeutique ou la relation de soins, et sur leur évaluation de leur accompagnement médicosocial des malades alcooliques face à leur sentiment d'impuissance face à l'alcool et en cas de rechutes. La confiance n'est pas innée : dans ce cas, il faut travailler la relation thérapeutique, la collaboration avec le patient. La confiance est là où elle n'est pas là : « c'est une question de transfert ça veut dire que c'est une rencontre entre deux personnes », comme le déclare la psychologue. L'écoute, la garantie d'un moyen d'expression inconditionnelle confirment que la parole reste un moyen des plus utiles en relation de soins. L'accompagnement est aussi une question d'alliance thérapeutique. En effet, il existe un lien entre la réussite de l'accompagnement et l'alliance thérapeutique : comme le souligne l'addictologue dans ses

propos : « *Peut-être...les traitements que j'ai proposés, ne sont pas ce qui devrait être ; bien, peut-être que lui (le patient) n'est pas prêt à recevoir les traitements que je lui propose. Au niveau de la motivation, au niveau des besoins, c'est peut-être pas les mêmes. Moi, les besoins que j'ai identifiés ne sont peut-être pas forcément les besoins que lui (le patient), il a identifié* »⁴⁷⁹. Nous avons aussi les propos du Président de la CAMERUP, qui pense qu'une mauvaise technique d'approche peut déboucher sur l'échec d'une intervention thérapeutique en cas d'impuissance du malade alcoolique, ou en cas de rechute. Il est important de déculpabiliser les soignants qui n'arrivent pas à faire réussir leur accompagnement, car en soi la guérison d'un malade alcoolique ne dépend pas uniquement de la compétence du soignant ; cette guérison nécessite une alliance thérapeutique, des compétences thérapeutiques, du temps, un réseau d'aide hormis le médecin, et surtout le malade alcoolique lui-même.

Conclusion

Ce quatrième chapitre a pour but de présenter les différentes phases de l'accompagnement médico-social des malades alcooliques. Nous en avons 3 : Intervention 1 : la prise en charge psychosociale, le soutien psychosocial ou l'accompagnement psychothérapeutique, Intervention 2 : le sevrage ou la cure de désintoxication et Intervention 3 : la postcure.

La question spécifique autour de laquelle s'articule le chapitre est la suivante : quel est le parcours d'abstinence des malades alcooliques

Le regard des malades alcooliques interviewés sur leur accompagnement médicosocial est favorable aux associations. Les autres éléments du réseau n'occupent pas la place prioritaire. Le regard des accompagnants sur leurs relations avec les malades alcooliques est restrictif, dans la mesure où le processus de guérison en réalité ne dépend pas d'eux.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Le but de la troisième partie est de montrer l'apport de la sociologie, à l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques.

Cette partie comprend trois chapitres : l'identification des structures des intervenants (exerçant dans les domaines de l'accompagnement et la réinsertion des personnes alcooliques)

⁴⁷⁹ Re transcription ubiquitous IO

interviewés et leur identification individuelle, la relation des responsables et professionnels interviewés avec les personnes en difficultés à l'alcool/ et les malades alcooliques abstinents , l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques d'un point de vue théorique : généralités et spécificités et les différentes phases de l'accompagnement médicosocial du malade alcoolique .

La question spécifique qui se pose est de savoir, les facteurs qui contribuent à l'abstinence des personnes en difficulté avec l'alcool.

Dans le chapitre 1, il ressort de l'étude que plusieurs structures de nature soit privée, soit publique, soit semi privée travaillent à l'accompagnement des malades alcooliques. Dans ces structures, ce personnel peut être médical. Lorsqu'il ne l'est pas, il peut être du corps social, médicosocial ou d'un corps spécialisé ou non. Une force de ces associations est qu'elles soient formées aux techniques d'intervention de pec pour les malades alcooliques. Cependant, ces associations présentent des faiblesses au niveau organisationnel : le manque de structuration au sein des mouvements d'entraide d'anciens buveurs et le collaboration/ d'intégration entre les structures intervenant dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

Dans le chapitre 2, par rapport à la relation des responsables et professionnels interviewés avec les personnes en difficultés à l'alcool/ et les malades alcooliques abstinents, nous pouvons dire à partir des résultats de l'étude que la création d'une alliance thérapeutique est nécessaire à l'accompagnement lors du parcours d'abstinence du malade alcoolique. Mais, celle-ci ne garantit pas la guérison de la maladie alcoolique.

Dans le chapitre 3, nous avons parlé des théories générales de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. Nous avons dit que celles-ci prennent leur source, dans les théories qui fondent l'accompagnement médicosocial pour tout type de population. Entre autres, nous pouvons citer : dans le domaine social, la posture émancipatrice de l'accompagnant, la logique d'optimisation de l'intervention, dans le domaine médical, l'approche traditionnelle paternaliste de prise en charge des patients, et celle récente, l'approche libérale PPS. Les théories spécifiques de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques, quant à elles, prennent en compte les particularités de la pec de la maladie alcoolique notamment : les principes de pec du malade alcoolique, la personnalité du malade alcoolique (l'hyperbolisation

du temps, l'attachement au produit), la polytoxicomanie et tout trouble conséquent de cette maladie. Dans le chapitre 4, l'accompagnement médico-social des malades alcooliques comprend trois grandes phases : la prise en charge psychosociale, le soutien psychosocial ou l'accompagnement psychothérapeutique, le sevrage ou la cure de désintoxication et la postcure ; sans oublier deux notions importantes: la première consiste à ne pas oublier les préliminaires, les principes de pec du malade alcoolique, le repérage du trouble et la pec effective ; la deuxième est que l'accompagnement n'est pas du tout figé. En d'autres termes, certains malades alcooliques peuvent n'effectuer aucune intervention, donc se remettre naturellement de la maladie. Cela s'appelle la rémission naturelle. D'autres malades alcooliques peuvent réaliser une ou plusieurs interventions. Une intervention ne garantit pas non plus la guérison de la maladie alcoolique. La guérison de la maladie alcoolique est donc possible, toutefois relative. Elle serait liée à plusieurs paramètres, en grande partie, dépendant de l'individu.

Pour conclure, il ressort de notre étude qu'au niveau représentationnel, l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques dans les zones observées, possède des forces. Les intervenants sont formés. Cette situation signifie une réduction de frontières entre la théorie et la pratique, qui pourraient engendrer une mauvaise communication et une mauvaise collaboration. Nous rappelons que dans une organisation, l'intervention vise trois objectifs notamment : la production de l'information valide et utile, l'aide à la décision, et la garantie d'une implication interne. Ces objectifs tendent à satisfaire tant les intervenants au niveau des valeurs partagées professionnelles qu'ils défendent, tant les bénéficiaires, par l'amélioration de leur situation-problème. Les intervenants gagneraient à améliorer l'accueil, pour faire revenir des patients en écoute, à leurs rendez-vous, pour leur suivi.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre thèse porte sur l'alcoolisme et l'abstinence. La question centrale est de savoir : Comment est-ce qu'une personne alcoolique passe de la dépendance à l'abstinence ? L'objectif, étant de comprendre les parcours de dépendance et d'abstinence des personnes de notre échantillon. Par abstinence, nous entendons également le processus d'accompagnement social. Il s'agit d'analyser les facteurs sociaux de la dépendance et de l'abstinence des anciens malades alcooliques et le processus d'accompagnement social de ces personnes, en vue de leur insertion.

Notre hypothèse centrale étant que la guérison des personnes alcooliques dépendrait de leur manière de percevoir la maladie alcoolique et la dépendance. En effet, passer de la dépendance à l'abstinence absolue ou non signifie littéralement quitter un état A pour arriver à un état B. Ainsi, si l'on ne reconnaît pas l'endroit où on se trouve, cela exercera une influence sur les choix que le malade fera dans la vie, et compromettrait le processus de guérison. Devenir malade alcoolique est multifactoriel.

Afin de réaliser notre travail, du point de vue théorique, nous avons abordé l'histoire de l'alcool de manière générale avant de revenir sur l'alcoolisme. À cela, s'ajoutent la sociologie de la déviance et la sociologie du risque afin de mieux expliciter que devenir malade alcoolique est un risque mais surtout une déviance. Il s'agit à travers cette théorie généraliste, de mieux comprendre les stades qui mènent de l'autre côté de la barrière.

Du point de vue méthodologique, nous nous sommes intéressés aux malades alcooliques abstinents, hommes et femmes, d'au moins quatre ans d'abstinence en France, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Lorraine, ainsi qu'à des professionnels, des responsables et un chercheur scientifique exerçant dans le champ de l'accompagnement et de la réinsertion des malades alcooliques. Nous avons interviewé au total quarante malades alcooliques abstinents et douze intervenants exerçant dans le domaine de l'accompagnement et la réinsertion des personnes alcooliques. Nous avons retenu 37 malades alcooliques abstinents, par rapport aux critères d'inclusion de la participation à l'étude.

À propos des résultats de cette enquête, nous avons observé qu'un grand nombre de nos enquêtés sont passés très vite du premier verre au second durant leur période d'adolescence. Finalement, un certain nombre d'entre eux ont commencé la consommation étant encore très jeunes. Sont un nombre élevé de personnes ayant consommé leurs premiers verres d'alcool à l'adolescence, période délicate, qui correspond à une phase d'expérimentation des réalités sociales, dont fait partie l'alcool. Tout en sachant que nos enquêtés ne se sont pas arrêtés au stade expérimental, par rapport à l'usage de l'alcool. Tout cela montre que la maladie alcoolique est une pathologie progressive⁴⁸⁰.

⁴⁸⁰ Ama. (Page consultée le 23 octobre 2022). *Recommandations pour quitter un vice*, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.ama.lu/fr/bienvenue/>

Notre postulat concernant ce point dans notre travail de recherche, comme nous l'avons souligné dans l'approche théorique est basé sur le principe que l'alcoolisme est une pathologie multifactorielle, qui peut s'analyser selon plusieurs modèles explicatifs de la maladie ; et que selon l'approche stratégique de la construction de la marginalisation sociale d'individus, des risques pris à l'origine peuvent être rationnels ou non, comme des risques déviants secondaires. Cependant, il convient de noter que ce n'est pas parce qu'un risque est pris à l'origine de façon rationnelle, qu'il restera rationnel, il peut tout de même devenir irrationnel, c'est-à-dire ne plus dépendre de la volonté de l'individu, à cause de l'introduction de valeurs intermédiaires. Nous avons vu dans le modèle neurobiologique de la maladie alcoolique, que certaines personnes n'arrivent plus à contrôler leur consommation, lorsque d'autres auront toujours un usage non problématique de l'alcool. Ainsi les résultats de l'enquête montrent que certaines personnes ont consommé immédiatement un deuxième verre d'alcool, après leur premier contact avec l'alcool, parce qu'elles étaient « attirées » par le goût de l'alcool, un goût « agréable » répondaient-ils. Mais, ce goût les a conduits à l'alcoolodépendance. Enfin, l'alcoolisme est une pathologie qui varie en fonction de caractéristiques liées au produit, à l'individu et à l'environnement.

Comment sont-ils devenus abstinents ? C'est le deuxième volet de cette recherche. Comme nous l'avons souligné dans notre hypothèse, nous avons vu qu'au-delà de la volonté de s'en sortir, pour qu'une personne passe de l'alcoolisme à l'abstinence, il faut qu'il y ait tout un mécanisme qui se mette en place. Il faut un ou plusieurs éléments, entre autres :

- La capacité de l'individu à admettre son alcoolisme,
- Le projet de soins avec ou sans institution,
- Le temps,
- Le réseau d'aide humain, logistique et financier ou matériel.

Ce sont ces déclics qui permettent à la personne alcoolique d'entrer en soins à l'aide d'une institution ou sans institution. Sans ces déclics, il ne peut y avoir de traitement ; il ne peut demander des soins. Car si une personne ne se reconnaît pas malade, comment va-t-elle vouloir se faire soigner ?

En effet, le projet d'abstinence commence et dure « grâce à l'individu ». Car s'il n'admet pas qu'il est malade, il ne peut obtenir des résultats pour lesquels il n'a pas véritablement envie.

Pour cela, nous l'avons vu il était nécessaire de mettre en place des « *projets de soins* », des projets d'accompagnement.

Pour certains malades alcooliques aujourd'hui abstinents, ils se sont rendu compte que l'alcool devient un problème lorsqu'on leur a fait des remontrances par rapport à leur consommation et qu'ils ont compris qu'ils avaient dépassé la limite du tolérable. Nous pouvons donc remarquer que l'écoute est importante. C'est un repère pour savoir si une personne peut être guérie ou pas. Ne guérit pas qui veut, mais qui écoute. En effet, soigner un individu qui ne se sent pas malade est un problème. Dans ce sens, l'écoute a une place privilégiée dans la guérison du malade alcoolique. Enfin en conclusion, nous pouvons dire qu'aujourd'hui, il existe plusieurs institutions de prise en charge des maladies. Pour cela, il est important que le réseau familial puisse également se mobiliser afin que la personne ne sente pas seule dans ce long processus.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

1- Les ouvrages

Abric, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*, PUF, Collection Quadrige, 2011, 312 pages.

Adès, Jean, et Michel, Lejoyeux. *Alcoolisme et psychiatrie : Données actuelles et perspectives*, Elsevier Masson, Collection Médecine Et Psychothérapie 2003, 288 pages.

Beck, Ulrich. *La Société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, Flammarion, 2008, 528 pages.

Benec'H, Guylaine. *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool - Prévenir les conduites à risque : Prévenir les conduites à risque*, Dunod, Collection Broché, 2014, 146 pages.

Bianquis, Isabelle. *L'alcool : Anthropologie d'un objet-frontière*, Éditions L'Harmattan, Collection Logiques sociales, 2012, 252 pages.

Braudel, Fernand. *Civilisation Matérielle, Economie et Capitalisme XV-XVIII Siècle*, Paris, Armand Colin, 1979.

CAMERUP. *Livre blanc*, Edition 2016, 2016, 92 pages.

Centre EDISON. *Rapport d'activité 2017*, Metz, Centre Edison, 2017, 63 pages.

Chauvière, Michel. *Trop de gestion tue le social*, La Découverte, Collection Alternatives sociales, 2010, 240 pages.

Durkheim, Émile, et Editions, F. B. *Le Suicide* (French Edition). CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015.

Durkheim, Émile. *Le Suicide*, PUF, coll. « Quadrige Grands textes », 2007, 463 pages. Dutronc, Jacques. *Encore ! - pensées et répliques (les pensées)* (French Edition). Cherche Midi, 2010.

Faget, Jacques. *La médiation : Essai de politique pénale* (Collection Trajets) (French Edition). Eres, 1997.

Faget, Jacques. *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale - Nouvelle édition actualisée* (Trajets) (French Edition). Eres, 2003.

Fainzang, Sylvie. *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*, PUF, Collection Ethnologies, 1998, 176 pages.

Fassin, Didier, et Jaffré, Yannick. *Sociétés, développement et santé* (AUPELF). Ellipses, 1990.

Fédération Nationale des Amis de la Santé. *Documentation : Les jeunes et l'alcool*, éditeur Amis de la santé national, 2018, 24 pages.

Fouquet, Pierre, et Martine, De Borde. *Histoire de l'alcool*, PUF, Que sais-je ? 1990, pages 78.

Gardien, Frédérique. *L'alcoolisme adolescent : En finir avec le déni*, L'Harmattan, Paris, 2007

Goffman, Erving. *Stigmate Les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, 1975, 175 pages.

Graziani, Pierluigi, et Daniela Eraldi-Gackiere. *Comment arrêter l'alcool ?* Odile Jacob éd., Collection OJ. Guide Aider, 2003, 240 pages.

Hautefeuille, Michel, et Emma Wieviorka. *La Légalisation des drogues : Une mesure de salut public*, Odile Jacob. Paris, 2014.

Howard, Saul, Becker. *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance*, Métailié, 1985, 320 pages.

Huerre, Patrice, et François, Marty. *Alcool et adolescence : Jeunes en quête d'ivresse*, Albin Michel, 2007, 416 pages.

Jodelet, Denise. *Les représentations sociales*, Septième édition, PUF, Sociologie d'aujourd'hui, 2003.

Jovelin, Emmanuel, et Annabelle Oreskovic. *De l'alcoolisme à l'abstinence*, ASH, 2002, 168 pages.

Le Breton, David. *Conduites à risques*, 2ème édition, PUF, Quadrige, 2004, 300 pages.

Lecoutre, Matthieu. *Ivresse et ivrognerie dans la France Moderne*, Presses Universitaires François Rabelais de Tours, Collection « Tables des Hommes », 2011, 395 pages.

Lecoutre, Matthieu. *Le goût de l'ivresse : Une histoire de la boisson en France*, BELIN, 2017.

Libres. *Vie Libre dans l'action*, Libres N°323, Janvier et février 2014, 23 pages.

Libres. *Vie Libre dans l'action*, Libres N°328, Novembre et décembre 2014, 23 pages.

Le Vot-Ifrac, Claude, Marie, Mathelin, et Véronique Nahoum-Grappe. *De l'ivresse à l'alcoolisme : études ethnopsychanalytiques*, Dunod, Collection Inconscient et culture, 1989, 252 pages.

Lecoutre, Matthieu. *Ivresse et ivrognerie dans la France moderne (XVIème -XVIIIème siècles)*, Université de Bourgogne, 2010, 729 pages.

Ministère de la santé et des solidarités, MILDT, et INPES. *Drogues et dépendance*, livre d'information. Editions Inpes, 2006, 178 pages.

Monjauze, Michèle. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, In Press, Collection Des pensées et des actes en santé mentale, 2011, 208 pages.

Morel, Alain, et autres. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie - en 22 fiches : en 22 fiches*, Dunod, Collection aide-mémoire, 2012, 360 pages.

Morel, Alain, François, Hervé, et Bernard, Fontaine. *Soigner les toxicomanes*, Paris, deuxième édition, Dunod, Collection Psychothérapies, 2003, 328 pages.

Moscovici, Serge. *Psychologie sociale*, deuxième édition, PUF, Collection Quadrige, 2011, 640 pages.

Mucchielli, Laurent. *Sociologie de la délinquance - 2e éd. (Socio organisation t. 1) (French Edition)*. Armand Colin, 2018.

Ogien, Albert. *Sociologie de la déviance*, première édition, Presses Universitaires de France, 2012.

Olievenstein, Claude. *Il n'y a pas de drogués heureux*, Laffont, 1977.

Olievenstein, Claude. *La vie du toxicomane*, Première édition, Presses universitaires de France, Psychiatrie ouverte, 1982, 112 pages.

Passard, Cédric, et autres. *Sociologie du risque*, Atlande, Collection Clefs-concours, 2021, 346 pages.

Philippe, Adam, et Claudine, Herzlich. *Sociologie de la maladie et de la médecine NP (128)*, Armand Colin, Collection 128, 2017, 128 pages.

Pentecouteau, Hugues, et Omar, Zanna. *Un anonyme alcoolique. Autobiographie d'une abstinence*, PU Rennes, 2013, 216 pages.

Peretti-Watel, Patrick. *La Société du risque*. La Découverte, 2001.

Peretti-Watel, Patrick. *Sociologie du risque*, Armand Colin, Collection U, 2003.

Richard, Denis, et Jean-Louis Senon. *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, éditions Larousse, Collection les Référents, Paris, 1999, 436 pages.

Roussaux, Jean-Paul, Denis Hers, et Blandine, Faoro-Kreit. *L'alcoolique en famille. Dimension familiales des alcoolismes et implications thérapeutiques*, 2e édition revue et augmentée, De Boeck Supérieur, Collection Oxalys, 2000, 320 pages.

Sigmund, Freud, *Trois Essais sur la Théorie Sexuelle*, Editions Payot, Collection Petite Bibliothèque Payot, 2014, 240 pages.

Soulé, Bastien, et Jean, Corneloup. *Sociologie de l'engagement corporel : Risques sportifs et pratiques « "extrêmes" » dans la société contemporaine*, Armand Colin, Collection Coursus, 2007, 224 pages.

Sournia, Jean-Charles. *Histoire de l'alcoolisme*, Flammarion, 1986, 324 pages.

Szondi, Léopold, traduit par, Claude, Van, Reeth. *Introduction à l'analyse du destin. Tome I : Psychologie générale du destin*. Belgique, 1972, Paris, Nauwelaerts, Collection Pathei Mathos, 156 pages.

TREATNET/ ONUDC. *Texte manuscrit : Volume C : Toxicomanie et Populations Spéciales : Module 1 : les bases de la dépendance : alcool et benzodiazépines ; psychostimulants ; substances volatiles et cannabis : qu'est-ce qu'un verre standard*, TREATNET/ ONUDC, 2012, 92 pages.

Vergnes, Jean. *Comprendre le malade alcoolique*, Privat, Collection questions de santé 2001, 158 pages.

Wallenhorst, Thomas. *Se libérer de l'alcool en clair*, éd. Ellipses, Paris, 2018, 264 pages.

2- Les articles

AIPVR - Service de santé au travail de Valence et région. (Page consultée le 01 mars 2022). *Document salarié, Balance Décisionnelle de Janis et Mann*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.aipvr.com/balance-decisionnelle-janis-mann>

Alaphilippe, Daniel, Sabine, Sullerot et Valérie, Lelasseux. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Intelligence, rang dans la fratrie et taille de la famille* [article], [En ligne]. Adresse URL: https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1995_num_48_1_2112

Bernard, Henri. (Page consultée le 20 septembre 2021). *Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss*. Histoire, économie et société, 3(4), 609-628, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/hes.1984.1380>

Blairy, Sylvie. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 15. L'alcool favorise-t-il le passage à l'acte suicidaire ? », dans : Vincent Seutin éd., *L'alcool en question*. Wavre, Mardaga, « PSY-Émotion, intervention, santé », 2015, p. 77-81. DOI : 10.3917/mard.seuti.2015.01.0077 , [En

ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-alcool-en-questions--9782804702724-page-77.htm>

Brahic, Julie, Thomas, Olivier, et Lionel, Dany. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Alcool et grossesse : une recherche qualitative auprès de femmes enceintes* », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 2015/3 (Numéro 107), p. 403-434. DOI : 10.3917/cips.107.0403, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2015-3-page-403.htm>

Confédération Française Démocratique du Travail. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Licenciement pour motif personnel non disciplinaire*, [En ligne]. Adresse URL : https://www.cfdt.fr/portail/vos-droits/depart-de-l-entreprise/licenciement-pour-motif-personnel-non-disciplinaire/licenciement-pour-motif-personnel-non-disciplinaire-srv2_1186992

Dorvil, Henri et Robert, Mayer. (Page consultée le 23 avril 2022). , [En ligne]. Adresse URL : Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies. Présentation de la première partie: “Les approches théoriques”, pp. 15-29. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, 2001, 592 pp. Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales. ? [En ligne]. Adresse URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/approches_theoriques/approches_theoriques.html

Drogues dépendances. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Alcool : effets et dangers*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.drogues-dependance.fr/alcool-effets_dangers.html

Drogues Info Services. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Qu'est-ce que l'usage occasionnel de cannabis ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.drogues-info-service.fr/Vos-Questions-Nos-Reponses/Qu-est-ce-que-l-usage-occasionnel-de-cannabis>

Éduc'alcool. (Page consultée le 3 février 2019). *L'alcool*, [En ligne] Adresse URL : https://www.educalcool.qc.ca/wp-content/uploads/2019/09/L_alcool_NCU-3.pdf

Éduc'alcool. (Page consultée le 23 septembre 2021). *Les effets de la consommation abusive d'alcool*, [En ligne] Adresse URL : <https://www.educalcool.qc.ca/faits-et-effets/alcool-et-jeunesse/les-effets-de-la-consommation-abusive-dalcool/>

EM CONSULTE. (Page consultée le 01 mars 2022). *L'évaluation des stades de changement dans les addictions*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.em->

[consulte.com/article/703063/levaluation-des-stades-de-changement-dans-les-addi](https://www.consulte.com/article/703063/levaluation-des-stades-de-changement-dans-les-addi)

ENTRAID'ADDICT. (Page consultée le 21 août 2021). *L'alcool, ses effets*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.entraidaddict.fr/nouvelle-page>

ENTRAID'ADDICT. (Page consultée le 21 août 2021). *Coma éthylique : Que faire ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.entraidaddict.fr/nouvelle-page>

Gouvernement. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Alcool au volant : la réglementation*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/reglementation-liee-aux-risques/reglementation-de-lalcool-au-volant>

Faget, Jacques. (Page consultée le 13 mars 2023). *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.lien-social.com/Sociologie-de-la-delinquance-et-de-la-justice-penale>

Lance, Claude. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Respiration et photosynthèse histoire et secrets d'une équation*, [En ligne]. Adresse URL : https://books.google.ci/books/about/Respiration_et_photosynth%C3%A8se.html?id=RcY2AAAQBAJ&redir_esc=y

Lançon, Christophe. (Page consultée le 28 décembre 2021). *Les stades du changement*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/conduites-addictives-et-processus-de-%20changement--9782742011087-page-35.htm%20?contenu=resume>

Lainé, Frédéric. (2010). *La mobilité professionnelle : facteurs structurels et spécificités de l'Île-de-France*. *Economie et statistique*, 431(1), 37-56. <https://doi.org/10.3406/estat.2010.8073>

Le Borgnic, Carmen. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le projet de soin par les professionnels, pour les patients*, [En ligne]. Adresse URL : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/ds/le_borgnic.pdf

Légifrance. (Page consultée le 01 mars 2022). *LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1)*. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000720668>

Le Breton, David. (Page consultée le 29 septembre 2021). *Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes*. *Revue du MAUSS*, 37(1), 365. <https://doi.org/10.3917/rdm.037.0365>

Eglin, Muriel. (Page consultée le 10 mars 2022). « *Quand la justice impose des soins* », *Enfances & Psy*, 2006/1 (no 30), p. 121-133. DOI : 10.3917/ep.030.0121. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-1-page-121.htm>

Fondation Recherche Médicale. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Addiction à l'alcool : un effet positif de la progestérone ?* [En ligne]. Adresse URL: <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/addiction/addiction-a-le28099alcool-un-effet-positif-de-la-progesterone>

Gaussot, Ludovic. (Page consultée le 30 novembre 2021). *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*. *Sciences sociales et santé*, 16(1), 5-42, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>

G. Dupuis - Lycée Faidherbe de Lille. (Page consultée le 27 novembre 2011). *Cours de chimie Organique*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.faidherbe.org/site/cours/dupuis/alcools.htm#:~:text=Les%20alcools%20%2D%20Cours%20de%20chimie%20%2D%20Lyc%C3%A9e%20Faidherbe%20de%20Lille&text=%20On%20appelle%20alcool%20un%20compos%C3%A9,%20qui%20porte%20le%20groupe%20%20DOH.>

Gomez, Henri. (Page consultée le 5 février 2022). « *L'accompagnement en alcoologie clinique* », *Empan*, 2009/2 (n° 74), p. 78-81. DOI : 10.3917/empa.074.0078., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-2-page-78.htm>

Groupe de recherche et d'intervention psychosociale. (Page consultée le 12/01/2022). *Drogues, sexualité et bienveillance*, [En ligne]. Adresse URL: <https://aidq.org/wp-content/uploads/Drogues-sexualité-et-bienveillance.pdf>

Haegel, Annick. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Outil 60. Le licenciement pour motif personnel*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-des-ressources-humaines-3e-ed--9782100806607-page-176.htm>

Haute autorité de santé. (Page consultée le 23 avril 2022). *Recommandation de bonne pratique, La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-

[risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa](#)

Heitz, Jean-Michel. (Page consultée le 01 mars 2022). « *La décision : ses fondements et ses manifestations* », RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 2013/1 (n°5, vol. 2), p. 106-117. DOI : 10.3917/rimhe.005.0106. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-1-page-106.htm>

Hesse, Catherine et Dr. Gilles, Duhamel. (Page consultée le 23 avril 2022). *Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, rapport*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-119R_Dispositif_medicosocial.pdf

IDA (Information Sur Les Drogues Et L'Alcool) Asbl. (Page consultée le 20 septembre 2021). *Alcool et autres drogues le vrai et le faux*, [En ligne]. Adresse URL: <https://infordrogues.be/pdf/iDA/alcool-et-autres-drogues-vrai-faux.pdf>

INSEE. (Page consultée le 25 janvier 2022). *Classification française des niveaux de formation (1969)*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1076>

Institut national de recherches archéologiques préventives. (Page consultée le 13 mars 2023). *Chronologie générale*, [En ligne] Adresse URL : <https://frise-chronologique.inrap.fr/>

Institut de Recherche en Neuro-Ingénierie. (Page consultée le 23 septembre 2021). *La théorie de Piaget : les stades du développement cognitif de l'enfant, est-ce que votre enfant se développe selon son âge ?* [En ligne]. Adresse URL : <http://irni.fr/la-theorie-de-piaget-les-stades-du-developpement-cognitif-de-lenfant-est-ce-que-votre-enfant-se-developpe-selon-Son-age/#>

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). (Page consultée le 10 mars 2022). *Dossier addictions*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.inrs.fr/risques/addictions/reglementation.html>

Institut Pasteur. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Cerveau : comment s'active notre système de récompense ?* [En ligne]. Adresse URL: <https://www.pasteur.fr/fr/cerveau-comment-s-active-notre-systeme-recompense>

Internet Archive. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Congrès international de viticulture 13- 17 juin 1900. Paris : Compte rendu in-extenso.*, [En ligne]. Adresse URL : <https://archive.org/details/congrsinternati00parigoog>

Intervenir Addictions. (Page consultée le 01 mars 2022). *Le cercle de Prochaska et Di Clemente*, [En ligne]. Adresse URL : <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>

Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (Page consultée le 19 avril 2022). *La politique de lutte contre l'alcoolisme en France Synthèse documentaire septembre 2019* Centre de documentation de l'Irdes, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-politique-de-lutte-contre-l-alcoolisme-en-france.pdf>

Jauffret-Roustide, Marie. (Page consultée le 20 décembre 2021). *Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2009-3-page-109.htm>
Jeunes, alcool & société. (Page à consultée le 21 décembre 2021). *Les risques*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.jeunesetalcool.be/lalcool/les-risques/>

Jolly, Éric. *Boire avec esprit - bière de mil et société dogon*, Sociétés d'Ethnologie, Collection Sociétés africaines numéro 18, 2004, 502 pages.

Karila, Laurent. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Les hommes et les femmes sont égaux devant l'alcool.* » », dans : *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool. Comprendre et sortir de la dépendance, sous la direction de Karila Laurent*. Paris, Le Cavalier Bleu, « Idées reçues », 2018, p. 39-46, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-l-addiction-a-l-alcool--9791031802671-page-39.htm>

Karsenty, Serge. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 55. *Épidémiologie du mésusage d'alcool* », dans : *Michel Reynaud éd., Traité d'addictologie*. Cachan, Lavoisier, « Traités », 2016, p. 431-435, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-431.htm>

Kiritzé-Topor, Paul. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Historique du soin et de la prise en charge en alcoologie*. [En ligne]. Adresse URL : https://www.camerup.fr/wp-content/uploads/2016/11/Intervention_Docteur_Kiritze_Topor.pdf

Dorvil, Henri et Robert, Mayer. (Page consultée le 23 avril 2022). *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies. Présentation de la première partie : "Les approches théoriques"*, pp. 15-29., [En ligne]. Adresse URL : Québec : Les Presses de l'Université du Québec, 2001,

592 pp. Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales. ? [En ligne]. Adresse URL : http://classiques.uqac.ca/contemporains/dorvil_henri/approches_theoriques/approches_theoriques.html

Dupeu, Jean-Marc, (Page consultée le 07 février 2022). « *Abstinence : de la règle technique au principe économique* », dans : *Un travail de culture. Contribution à une métapsychologie de la technique analytique, 2, sous la direction de Dupeu Jean-Marc*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Le fil rouge », 2010, p. 9-54., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/--9782130579915-page-9.htmhttps://www.cairn.info/un-travail-de-culture-2--9782130579915-page-9.htm>

Futura santé. (Page consultée le 12/01/2022). *Tout le monde ne réagit pas de la même manière à l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-alcool-effets-sante-expertise-collective-inserm-147/page/6/>

Futura santé. (Page consultée le 12/01/2022). *Tissu adipeux : qu'est-ce que c'est ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/corps-humain-tissu-adipeux-15691/>

Le Breton, David. (Page consultée le 29 septembre 2021). *Sociologie, psychanalyse et conduites à risque des jeunes*. Revue du MAUSS, 37(1), 365. <https://doi.org/10.3917/rdm.037.0365>

Lecoutre, Matthieu. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Chapitre XII. L'alcool, voilà l'ennemi !* », dans : *Le goût de l'ivresse. Boire en France depuis le Moyen Âge (Ve-XXIe siècle)*, sous la direction de Lecoutre Matthieu. Paris, Belin, « Collection Histoire », 2017, p. 373-403, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/le-gout-de-l-ivresse--9782701194998.htm>

Légifrance. (Page consultée le 23 avril 2022). *Code de la santé publique : Chapitre Ier bis : Réduction des risques et des dommages (Articles L3411-7 à L3411-10)*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000031917438/

Légifrance. (Page consultée le 23 avril 2022). *Décret n°85-191 du 7 février 1985 modifiant le décret n° 82-10 du 8 janvier 1982 portant création du Comité interministériel de lutte contre*

la toxicomanie et de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000518111/>

Légifrance. (Page consultée le 23 avril 2022). *Décret n°82-10 du 8 janvier 1982 portant création du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et de la mission permanente de lutte contre la toxicomanie*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886222/>

Le manuel MSD version pour le grand public. (Page consultée le 28 mars 2023). *Syndrome confusionnel*, [En ligne]. Adresse URL : [https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/syndrome-confusionnel#:~:text=Le%20syndrome%20confusionnel%20est%20un,niveau%20de%20vigilance%20\(conscience\).](https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/syndrome-confusionnel#:~:text=Le%20syndrome%20confusionnel%20est%20un,niveau%20de%20vigilance%20(conscience).)

Lemelin, Carmen, Yvan, Lussier, et Stéphane, Sabourin. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *Personnalité, consommation de substances psychoactives et sexualité chez des adolescents* », *Revue internationale de psychologie sociale*, 2014/1 (Tome 27), p. 65-93, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2014-1-page-65.htm>

Levivier, Marc, et Paul, Kiritze-Topor. (Page consultée le 20 septembre 2021). *Alcool : Abstinence et/ou réduction ? Dossier. B. Rush, pionnier d'une alcoologie pragmatique. Santé Mentale*, 192, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.santementale.fr/2014/11/b-rush-pionnier-d-une-alcoologie-pragmatique/>

Levasseur, Edith. (Page consultée le 01 mars 2022). *L'entretien motivationnel pour préparer le changement*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.analysesdespratiques.com/wp-content/uploads/2017/05/Lentretien-motivationnel2.pdf>

Link, Bruce George, Cullen, Francis Thomas, Struening, Elmer, Shrout, Patrick E., et Dohrenwend, Bruce Philip. (Page consultée le 8 octobre 2021). *A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders : An Empirical Assessment. American Sociological Review*, 54(3), 400, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.2307/2095613>

Link, Bruce George, et Phelan, Jo, Carol. (Page consultée le 8 octobre 2021). *Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385, [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, Bruce George, Cullen, Francis Thomas, Mirotznik, Jerold, et Struening, Elmer. (1992). *The consequences of stigma for persons with mental illness : Evidence from the social sciences. Dans Stigma and mental illness (p. 87-96)*. American Psychiatric Association, <https://psycnet.apa.org/record/1992-97606-006>

Maela, Paul. (Page consultée le 11 février 2022). « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », *Savoirs*, 2009/2 (n° 20), p. 11-63. DOI : 10.3917/savo.020.0011., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2009-2-page-11.htm>

Mattei, Aurelio. (Page consultée le 24 décembre 2021). « *Introduction* », dans : *Manuel de micro-économie*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/manuel-de-micro-economie--9782600004725-page-1.htm>

Menecier, Pascal. (Page consultée le 12 janvier 2022). « *13. Recours à l'alcool et troubles cognitifs : cause ou conséquence ?* », dans : *Les aînés et l'alcool*. Sous la direction de Menecier Pascal. Toulouse, Érès, « *Pratiques gérontologiques* », 2010, p. 133-141, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/les-aines-et-l-alcool--9782749211947-page-133.htm>

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 27 décembre 2021). *Système de santé, médico-social et social*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 16 avril 2022). *Parcours de santé, de soins et de vie, une approche globale au plus près des patients*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 16 avril 2022). *Système de santé, médico-social et social*, [En ligne]. Adresse URL : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

Ministre chef de file service du premier ministre. (Page consultée le 28 mars 2023. *Document de politique transversale projet de loi de finances pour 2018, politique de lutte contre les*

drogues et les conduites addictives, [en ligne]. Adresse URL: https://www.budget.gouv.fr/sites/performance_publicue/files/farandole/ressources/2018/pap/pdf/DPT/DPT2018_drogues.pdf

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 23 avril 2022). *La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 26 avril 2022). *La stratégie nationale de santé 2018-2022*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 03 mai 2022). *Politique de santé publique en matière de consommation d'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/politique-de-sante-publique-en-matiere-de-consommation-d-alcool>

Ministères des solidarités et de la santé. (Page consultée le 03 mai 2022). *L'addiction à l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool>

Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion. (Page consultée le 22 décembre 2021). *La rupture du contrat de travail*, [En ligne]. Adresse URL : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/la-rupture-du-contrat-de-travail/>

Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion. (Page consultée le 25 avril 2022). *Pour une Europe de l'Insertion : conférence « Les politiques d'insertion en réponse aux défis de la relance*

», [En ligne]. Adresse URL : <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/pour-une-europe-de-l-insertion-conference-les-politiques-d-insertion-en-reponse>

Ministère du Travail, de l'emploi et de l'insertion. (Page consultée le 25 avril 2022). *Europe et international*, [En ligne]. Adresse URL : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/europe-et-international/>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Page consultée le 23 avril 2022). *L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages*, [En

ligne]. Adresse URL : L'Essentiel sur... La réduction des risques et des dommages | Mildeca (drogues.gouv.fr)

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Page consultée le 23 avril 2022). *Historique de la coordination interministérielle – Mise à jour octobre 2020*, [En ligne]. Adresse URL :

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/historique_mildeca_2020_10.pdf

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Page consultée le 23 avril 2022). *La mission*, [En ligne]. Adresse URL:

<https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/qui-sommes-nous/la-mission>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Page consultée le 26 avril 2022). *Plans précédents*, [En ligne]. Adresse URL:

<https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/les-precedents-plans>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Page consultée le 26 avril 2022). *Alcoolisme*, [En ligne]. Adresse URL:

<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/lexique/alcoolisme?msclkid=84e3e696c5a111ec91a36c6b9751dedb>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (Page consultée le 23 avril 2022). *DPT 2019, Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives* », [En ligne]. Adresse URL :

<https://www.bing.com/search?q=DPT+2018+%C2%AB+Politique+de+lutte+contre+les+drogues+et+les+conduites+addictives&cvid=63c1a41c8051494aaf362f5ff944fba7&aqs=edge..69i57.418j0j4&FORM=ANAB01&PC=NMTS>

Monique Formarier. *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil, 2012.

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>

Mottaz, Anne-Marie. (Page consultée le 15 mars 2022). « *Accompagnement* », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « *Hors collection* », 2012, p. 42-43. DOI : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0042. URL : <https://www.cairn.info/---page-42.htm> .

Observatoire Français des Drogues et des toxicomanies. (Page consultée le 23 septembre 2021). *Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans : Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssw9b.pdf>

OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000-2018*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabAlcool2000-2018.pdf>

OFDT. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Synthèse thématique : alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>

Oms. (Page consultée le 27 novembre 2021). *Ce que les gens croient savoir sur l'alcoolisme et les toxicomanies*, [En ligne]. Adresse URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68560?locale-attribute=fr&locale=fr>

ONU DC. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Résumé analytique : Rapport mondial sur les drogues 2014*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/WDR_2014_French.pdf

Organisation mondiale du commerce. (Page consultée le 25 septembre 2021). *C. La charge mondiale de morbidité et les risques sanitaires mondiaux*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/trilatweb_f/ch1c_trilat_web_13_f.htm

Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 15 février 2018). *Maladies Non Transmissibles* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Série de rapports techniques, n° 116, 1957*, [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36953/WHO_TRS_116_fre.pdf;jsessionid=4B%2085402D5ECBC12FBEF658868D263536?sequence=1

Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Série de Rapports Techniques, n° 407, 1969*, [En ligne]. Adresse URL : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37950>

Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Série de Rapports Techniques*, n° 516, 1973, [En ligne]. Adresse URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38565/WHO_TRS_516_fre.pdf?sequence=1e%20tisAllowed=y

Organisation Mondiale de la Santé. (Page consultée le 30 octobre 2021). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, [En ligne]. Adresse URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44485>

Paugam, Serge. (Page consultée le 25 décembre 2021). *L'épreuve du chômage : une rupture cumulative des liens sociaux ?* [En ligne]. Adresse URL : <https://doi.org/10.4000/ress.248>

Paillé, Pierre et Alex, Mucchielli. (Page consultée le 23 septembre 2021). *Chapitre 11 : L'analyse thématique, (pages 231-314)*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-%20analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm%20?contenu=resume>

Parlement européen. (Page consultée le 05 mai 2022). *Santé publique*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/49/sante-publique>

Peter Anderson, ben Baumberg, et Institute of Alcohol Studies, Angleterre (London). (2006, juin). *L'alcool en Europe : une approche de santé publique : rapport à la Commission européenne. Commission européenne(OIL). Luxembourg.* https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_fr.pdf

Piriou Odile, Thomas Jérôme. (Page consultée le 15 mars 2022). « *Procédés et effets du pouvoir disciplinaire aux urgences. Le cas de l'accueil des patients alcooliques* », *Sciences sociales et santé*, 2018/2 (Vol. 36), p. 43-67. DOI : 10.3917/sss.362.0043., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2018-2-page-43.htm>

Rénon, Louis. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Les Maladies populaires : Maladies vénériennes - Alcoolisme – Tuberculose*, [En ligne]. Adresse URL: https://books.google.ci/books/about/Les_Maladies_populaires.html?id=Hz0oDwAAQBAJ&redir_esc=y

Richard, Jean-Baptiste, et autres, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. *La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017*. (Page consultée le 30 octobre

2021). [En ligne]. Adresse URL : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/pdf/2019_5-6_1.pdf

Rio, Jean-Luc. (Page consultée le 01 mars 2022). *Formation 2.0, gestion de projet, l'avenir de la décision, management 2.0 l'individu face au changement*, [En ligne]. Adresse URL : <https://riojeanluc.com/2021/08/19/lindividu-face-au-changement/>

Rhéaume Jacques. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Changement* », dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*. Toulouse, Érès, « Questions de société », 2016, p. 67-74. DOI : 10.3917/eres.barus.2016.01.0067., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/---page-67.htmhttps://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749229829-page-67.htm>

Roupnel-Fuentes, Manuella. (Page consultée le 22 décembre 2021). *Rupture et transition professionnelles*, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/les-chomeurs-de-moulinex-9782130578260-page-131.htm>

Santé Publique France. (Page consultée le 12 janvier 2022). *Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [En ligne]*. Adresse URL: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>

Saiet, Mathilde. (Page consultée le 15 décembre 2021). *D'addictus à addiction*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/les-addictions--9782130652359-page-9.htm>

Sénat. (Page consultée le 23 avril 2022). *Les crédits de la mission de lutte contre la drogue et la toxicomanie*, [En ligne]. Adresse URL: https://www.senat.fr/rap/r01-028/r01-028_mono.html

Singaïny Érick Jean-Daniel, *L'homme alcoolique à cœur ouvert*. (Page consultée le 3 décembre 2021). Pour une « éthique de l'imprévisibilité », [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-homme-alcoolique-a-coeur-ouvert--9782343069210.htm>

Scuvée-Moreau, Jacqueline, et Vincent, Seutin. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 2. *Boire un peu d'alcool est-il bon pour la santé ?* », dans : Vincent Seutin éd., *L'alcool en question. 41 réponses pour démêler le vrai du faux*. Wavre, Mardaga, « Santé en soi », 2020, p. 23-25, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-alcool-en-questions--9782804708177-page-23.htm>

Scuvée-Moreau, Jacqueline. (Page consultée le 12 janvier 2022). « 12. Certaines personnes sont-elles allergiques à l'alcool ? », dans : Vincent Seutin éd., *L'alcool en question. 41 réponses pour démêler le vrai du faux*. Wavre, Mardaga, « Santé en soi », 2020, p. 63-64, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/l-alcool-en-questions--9782804708177-page-63.htm>

Social Méthodologie. (Page consultée le 24 avril 2022). *Les politiques sociales d'insertion, du RSA et de l'emploi*, [En ligne]. Adresse URL: <https://social-methodologie.fr/blog/rsa-emploi-rmi-politique-sociale/>

Société Française D'Alcoologie. Page consultée le 17 février 2022. *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique*. Société Française d'Alcoologie, [En ligne]. <http://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/570>

Société Française D'Alcoologie. Page consultée le 12 janvier 2022. *Personnes âgées et consommation d'alcool- Question 2*, [En ligne]. Adresse URL: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_R2013-SeniorsQ2.pdf

Solidaire. (Page consultée le 19 avril 2022). *Social, médico-social*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.solidaire-info.org/domaines/social-m%C3%A9dico-social>

Scroccaro Nathalie. (Page consultée le 10 mars 2022). « *Obligation de soins et travail thérapeutique* », *Le Sociographe*, 2012/3 (n° 39), p. 93-99. DOI : 10.3917/graph.039.0093. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2012-3-page-93.htm>

Thomas, Marie. (Page consultée le 20 août 2021). *Histoire...*, [En ligne]. Adresse URL : <http://hepatoweb.com/>. <http://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php>

Vantomme, Patrick. (Page consultée le 19 mars 2018). *Sociologie de la santé*, [En ligne]. Adresse URL: <http://www.lfsm.org/wp-content/uploads/2013/05/SOCIOLOGIE-DE-LA-SANTE.pdf>

Vassal, Olivier. (Page consultée le 01 mars 2022). « *Que change le changement ?* », *L'Expansion Management Review*, 2007/1 (N° 124), p. 96-103. DOI : 10.3917/emr.124.0096., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2007-1-page-96.htm>

Vie publique. (Page consultée le 04 mai 2022). *Eclairage, L'évaluation des politiques publiques*

: un instrument au service de la réforme de l'État, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/21987-evaluation-des-politiques-publiques-instrument-de-la-reforme-de-letat>

Yamina, Abidli, Danielle Piette, et Annalisa, Casini. (Page consultée le 11 février 2022). « Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins », Santé Publique, 2015/HS (S1), p. 31-39. DOI: 10.3917/spub.150.0031. URL: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-31.htm>

Zask, Joelle. (Page consultée le 29 septembre 2021). *L'enquête et ses obstacles. Recherche et formation*, 92, 83-94. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.5721>

Zolesio, Emmanuelle. (Page consultée le 25 janvier 2022). « Socialisations primaires / secondaires : quels enjeux ? », *Idées économiques et sociales*, 2018/1 (N° 191), p. 15-21. DOI : 10.3917/idee.191.0015., [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2018-1-page-15.htm>

Zielinski, Agata. (Page consultée le 5 février 2022). « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin », *Études*, 2010/12 (Tome 413), p. 631-641. DOI : 10.3917/etu.4136.0631., [En ligne]. Adresse URL: <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm> ; <https://www.cairn.info/journal-etudes-2010-12-page-631.htm>

3- Les sites internet

Alcool Info Service. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Connaître les risques, les conséquences sur la santé à long terme*, [En ligne]. Adresse URL: <https://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/risques-long-terme>

Ça commence aujourd'hui. (Page consultée le 12 octobre 2021). *L'alcool a détruit leur famille - Ça commence aujourd'hui*, [en ligne]. Adresse URL : <https://www.youtube.com/watch?v=ILsNvTTBNrA&t=1s>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. [En ligne]. Adresse URL : <https://www.cnrtl.fr/>

Larousse. [En ligne]. Adresse URL: <https://www.larousse.fr/>

Le Robert, dico en ligne. <https://dictionnaire.lerobert.com/>

Toute une histoire. (Page consultée le 24 septembre 2021). *Adolescents, ils sont tombés dans l'alcool* [Vidéo], [En ligne]. Adresse URL : https://www.youtube.com/watch?v=gjmJzqtcl_Y

4- Les thèses et mémoires

Amal, Benlhassan. *Défaillance et déficience narcissiques : étude clinique comparative de sujets alcooliques et néphaliques (Thèse de doctorat en psychologie clinique)*, Université de Picardie Jules Verne. Faculté de philosophie, sciences humaines et sociales, 2014, page. 27.

Joly, Thierry. *Entre sanitaire et social : L'intégration du malade alcoolique inscrit dans un processus de soins*, Mémoire présenté pour l'obtention de la Maîtrise de Sciences et Techniques Intervention et Développement Social et le Diplôme Supérieur en Travail Social. Université de Nantes U.F.R. Lettre et Sciences humaines, 2004.

Mezzouj, Fatima. *Parcours migratoire des personnes âgées immigrées : trajectoires de vie et accompagnement social*, Thèse dirigée par Madame Ewa Bogalska- Martin, Professeur des Universités, Université de Grenoble Alpes, préparée au sein du Laboratoire PACTE- UMR 5194 dans l'École Doctorale 454- Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire, 2016, page 496.

Ndione Marie Solange. (Page consultée le 13/12/2021). *Drogue et construction sociale de la marginalisation*, [En ligne]. Adresse URL: <http://196.1.97.20/viewer.php?c=mmoires&d=meml%5f3557>.

5- Les dictionnaires

Barrès, Régine, et autres. *Nouveau Lexique des termes sanitaires et sociaux*, Foucher éd., collection Lexiques Foucher, 2010, 192 pages.

Bézineau, Marie-Claire, *Dictionnaire du sanitaire et social*, Paris, Vuibert, 2006, 316 pages.

Boudon, Raymond et autres. *Dictionnaire de la Sociologie*, Larousse, Paris, 2012, 300 pages.

Gérardin, Françoise. *Le robert dictionnaire pratique de la langue française*, France Loisirs Paris, 2002, 1894 pages.

Grawitz, Madeleine. *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, 422 pages.

6- Les ouvrages de méthodologie et de recherche

Campenhoudt, Luc, Van, et autres. *Manuel de recherche en sciences sociales* - 5e éd. Dunod, 2017, 384 pages.

Herzlich, Claudine. *Réussir sa thèse en sciences sociales*, Armand Colin, Collection 128,2005, 128 pages.

N'Da, Paul. *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel et son article (French Edition)*. Éditions L'Harmattan, 2015.

ANNEXES

Annexe 1-Questionnaire adressé aux malades alcooliques abstinents

Date :/...../.....

Numéro de l'entretien :

Avant de commencer

I- Demande de consentement

Bonjour Messieurs et mesdames,

Etant étudiante à l'université de Lorraine- site de Metz, je suis actuellement en 3ème année de thèse. Mon projet de thèse respecte votre consentement éclairé et libre ainsi que l'anonymat et la confidentialité de vos réponses. Mon sujet porte sur : l'accompagnement social des personnes alcooliques jusqu'à leur réinsertion en France. L'objectif de l'étude est de comprendre comment est-ce qu'une personne alcoolique passe l'alcoolisme à l'abstinence. Je souhaiterais faire des entretiens avec vous, à cet effet. L'objectif de ces entretiens sera d'avoir une meilleure compréhension du thème. Je pourrai aussi vous envoyer les résultats de l'étude si vous le souhaitez. Ainsi, je fais l'actuelle démarche d'explication de mon projet de thèse afin de vous informer des avantages et implications de mon projet de thèse : Acceptez-vous de participer à l'étude : a) oui b) non

II- Identification individuelle

1- Caractéristiques socio- démographiques

- Sexe : a) M b) F
- Age :ans
- Quelle est votre profession actuelle ?
- Si retraité, quelle était votre profession passée ; si non retraité, est-ce votre profession depuis toujours ?
- Pour les non retraités et retraités, comment êtes-vous arrivé à ce métier ?
- Situation matrimoniale : a) Marié (e) b) En concubinage c) Veuf (ve) d) Célibataire e) Séparé (e) f) autre
- Nombre d'enfants :
- Religion :
- Pays :
- Niveau d'étude :

2- Mode de vie

- Combien de frères et sœurs avez-vous ?
- Quelle est votre position dans la famille ? Du côté du père.../.....Du côté de la mère/.....
- Dans la période où vous étiez en difficulté avec l'alcool :
 - a) Vos parents vivaient ils toujours : a) oui b) non
 - b) Vivaient-ils ensemble : a) oui b) non
 - c) Cela vous a-t-il affecté durant cette période : a) oui b) non
 - d) Si oui, décrire en une ou plusieurs phrases (si la place ne suffit pas, le faire à l'oral, puis continuer le remplissage du questionnaire) :
 - e) Viviez-vous : a) Seul ; b) Autre à préciser :
 - f) Cela vous a-t-il affecté ? a) oui b) non
 - g) Si oui, décrire en une ou plusieurs phrases (si la place ne suffit pas, le faire à l'oral, puis continuer le remplissage du questionnaire) :

h) Quelle (s) est (sont) la (les) personnes en qui vous vous confiez le plus pour vos problèmes par rapport à l'alcool ?

i) Si vous pouviez décrire les qualités de ces personnes, quelles qualités pourriez-vous dire ?

- Votre parcours d'abstinence s'est fait : a) Au sein d'une institution b) Plus d'une institution

- Lesquelles ? Citer

3- Ancien profil de consommation de l'alcool

- À quel âge avez-vous pris votre premier verre d'alcool ?

- À quel âge avez-vous commencé à boire réellement ?

- Selon vous, durant combien d'années estimez-vous avoir perdu la maîtrise de la consommation d'alcool ?.....

4-Nouveau profil de consommation de l'alcool

- Depuis combien d'années vous êtes abstinents ?

- Depuis combien d'année vous êtes dans votre association (Citer le nom de l'association : AA, Croix Bleue ...) ?

Annexe 2-Guide adressé aux malades alcooliques abstinents

Demander à la personne qu'est-ce qu'elle entend par l'étude : « *L'accompagnement médicosocial des malades alcooliques en France* »

I- Première phase : phase avant l'addiction : Période avant la perte de la maîtrise de l'alcool

- Demander à la personne de raconter ou décrire cette période et relances si possible

- Éléments à demander :

- L'âge du deuxième verre

- Pourquoi il/ elle prend un deuxième verre, entre griffe, pourquoi, il continue à boire à l'alcool ?

- À quel moment la personne se rend compte qu'elle ne peut plus s'arrêter ? Comment elle le sent ?
- Qu'est-ce que son alcoolisme fait à l'entourage ?
- Est-ce qu'elle se rend compte qu'elle est alcoolique, ou quand on le lui dit, qu'est-ce que cela lui fait ?
- Comment elle qualifierait sa période d'alcoolisme, si elle devait mettre un mot sur cette période qu'est-ce qu'elle dirait ?

II- Deuxième phase : parcours de dépendance

- Demander à la personne de raconter ou décrire la période « *de la perte de la maîtrise de l'alcool* » et relances si possible (concernant le contexte d'alcoolisation, les stratégies utilisées pour masquer la dépendance, le sens donné à son alcoolisation...
- Qu'est-ce qui fait qu'elle perd la maîtrise, les événements autour ?
- Les stratégies pour cacher son alcoolisme

III- Troisième phase : parcours d'abstinence :

- Demander à la personne de raconter : comment, quand elle a pris la décision de s'arrêter ? Quel a été le rôle de l'entourage (famille, amis, collègues) et des structures conventionnelles (centres d'aide, d'assistance, d'accompagnement de personnes addictes) ? Le projet de soins ? Les difficultés rencontrées, la place des mouvements d'entraide d'anciens buveurs ? Et relances si possible
- Raconter le déclic, les événements autour du déclic
- Raconter le projet de soins
- Classer dans un ordre croissant les différents éléments du réseau d'aide : amis, famille, vous-même, politique mise en place par l'état pour permettre la prise en charge et la prévention de l'alcoolisme, association
- A-t-elle déjà entendu des politiques mises en place par l'état pour elle à cette époque ? en prenait-elle conscience ?

- Comment elle qualifierait sa période d'abstinence, si elle devait mettre un mot sur cette période qu'est-ce qu'elle dirait ?
- Quelles qualités a-t-elle développées ?
- Elle n'a pas fait un jour d'abstinence, elle a duré dans le temps ? Comment elle l'a fait ? (Raconter)
- A-t-elle fait des rechutes ? si oui, comment elle a fait pour se relever, si non, comment elle a fait pour durer ?

IV- Son mot de fin en 5 temps

- Demander son avis par rapport à sa perception avant et après avoir posé les questions de l'étude
- Qu'est-ce qu'il faut pour qu'une personne passe de l'alcoolisme à l'abstinence ?
- Si une personne venait lui demander de l'aide pour une autre personne, qu'est-ce qu'elle lui dirait ?
- Son mot de fin, suggestions, observation, oubli de question
- La remercier : je vous remercie pour votre aimable attention.

Annexe 3-Guide adressé aux responsables et professionnels dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques (section structure de l'intervenant)

Numéro de fiche : Pays : Ville :

Date de l'enquête : / / Numéro de l'interview :

Enquêteur/ Fonction : Doctorante en 7ème année de sociologie Interlocuteur / Fonction (s) :

I- Demande de consentement

Bonjour Messieurs et mesdames,

Étant étudiante au CNAM, je suis actuellement en 7ème année de thèse.

Mon projet de thèse respecte votre consentement éclairé et libre ainsi que l'anonymat et la confidentialité de vos réponses. Mon sujet porte sur : l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques. L'objectif de l'étude est de comprendre comment est-ce qu'une personne

alcoolique passe l'alcoolisme à l'abstinence. Je souhaiterais faire des entretiens avec vous, à cet effet. L'objectif de ces entretiens sera d'avoir une meilleure compréhension du thème. Je pourrai aussi vous envoyer les résultats de l'étude si vous le souhaitez.

Ainsi, je fais l'actuelle démarche d'explication de mon projet de thèse afin de vous informer des avantages et implications de mon projet de thèse :

Acceptez-vous de participer à l'étude : a) oui b) non

II- Identification de la structure (ne plus répondre à la partie 2, si le responsable ou le président de la structure y a répondu)

- Dénomination de la structure :
 - Nature de la structure (public, privée, ONG) :
 - Date de création de la structure dans le monde :
 - Date de création de la structure en France : / /
 - Date de création de la structure dans la ville, commune ou région (si partenaire financier ou association) : / /
 - Domaines d'intervention de la structure :
 - Activités de la structure
 - Objectif général de la structure cette année 2017-2018 (+ résultats à atteindre) :
 - Objectif général de la structure l'an passé 2016-2017 (+ résultats atteints) : donner quelques chiffres clés
 - Pouvez-vous dire que vous avez atteint les résultats escomptés ? Pourquoi
 - Quels sont vos axes d'amélioration ?
 - Avez-vous (ou souhaitez-vous mener) actuellement un projet que vous menez en direction des personnes addictes à l'alcool ou pour les anciens buveurs ? Décrire
.....
 - Pouvez-vous s'il vous plaît me citer 3 dernières de vos activités réalisées dans le cadre de vos missions ?
 - Êtes-vous soutenu par d'autres institutions ?
- a) sur le plan financier : oui non

b) sur le plan administratif (définition d'administratif) CNRTL : « [Au sens gén., en parlant d'une chose] Qui concerne le fonctionnement ou le personnel de l'administration, notamment de l'administration publique » : oui non

c) sur le plan logistique : (définition de logistique à la page 257 du lexique des sciences sociales : « Organisation assurant la bonne marche des services » ; Définition Larousse : « Ensemble de méthodes et de moyens relatifs à l'organisation d'un service, d'une entreprise, etc., et comprenant les manutentions, les transports, les conditionnements et parfois les approvisionnements. ») : oui non

- Composition de l'équipe (bénévoles, professionnels) tâches ? fonctions ?
- Sont-ils formés aux logiques d'intervention sur l'alcoolisme ou l'addiction à l'alcool ?
- Vous travaillez combien d'heure par jour ? de quelle heure à quelle heure ? Une semaine type ressemble à quoi ? Une journée de travail type ressemble à quoi ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des personnes alcooliques ?
- À part, vous existe-il d'autres structures dans le champ des malades alcooliques ? a) Oui
b) Non
- Si oui, les citer
- Quels sont vos besoins à tous les niveaux ?
- Êtes-vous sollicités par des personnes ou d'autres associations ? Est-ce que vous sollicitez d'autres associations ? Et généralement dans quel cadre ?

Annexe 4-Questionnaire adressé aux responsables et professionnels dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

III- Identification individuelle

- Faites-vous partie du corps médical ? a) oui b) non
- Quelle est votre fonction ?
- En quoi consiste-elle ?
- Quelle formation avez-vous suivie pour exercer cette fonction ?

- Avez-vous suivi ou reçu une formation particulière pour la prise en charge de personnes en difficulté avec l'alcool ? a) oui b) non
- Quel est votre rôle en tant que responsable ou professionnel au sein de la prise en charge des personnes alcooliques ?

Annexe 5-Guide adressé aux responsables et professionnels dans le domaine de l'accompagnement médicosocial des malades alcooliques

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant qu'acteur par rapport à la prise en charge des personnes alcooliques ?
- Quelles sont les différences entre vous et les autres structures des interventions au sein de votre structure, pour la prise en charge des personnes alcooliques ?
- Quelles sont vos suggestions pour de meilleurs résultats en général pour la prise en charge de personnes alcooliques ? une meilleure collaboration de toutes les structures intervenant en direction des personnes en difficulté avec l'alcool (volet prévention, accompagnement, insertion ou réinsertion, pôle étatique- associatif- médical- partenaire) autre à préciser) ?

IV- Relation avec les personnes en difficultés avec l'alcool/ les anciens buveurs

- Comment faites-vous pour gagner la confiance des personnes alcooliques ?
- Comment faites-vous pour avoir une bonne communication avec les personnes alcooliques ?
- Comment faites-vous pour aider les malades alcooliques à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool ?
- Comment faites-vous pour aider les malades alcooliques, en cas de rechute ?
- Arrivez-vous à aider les malades alcooliques à surmonter leur sentiment d'impuissance face à l'alcool ? oui ou non (entourer la réponse qui vous convient où rayer la mention inutile)
- Arrivez-vous à aider les malades alcooliques en cas de rechute ? oui ou non (entourer la réponse qui vous convient où rayer la mention inutile)
- Quand vous n'y arrivez pas pour les questions 5 et 6, selon vous qu'est ce qui manque ?

Suggestions :

- Pensez-vous à une question que je ne vous ai pas posée et que vous auriez voulu/ aimé que je vous pose ? oui ou non (entourer la réponse qui vous convient où rayer la mention inutile)
- Quelles sont vos suggestions pour mon étude ?
- Quelles sont vos suggestions pour un meilleur accompagnement des malades alcooliques jusqu'à leur réinsertion en France ?

Avis étude

- Au départ, je vous ai demandé ce que vous pensez de mon thème ? Et au vu de toutes les questions, que je vous ai posées, qu'est-ce que vous en pensez finalement ?
- Qu'est-ce qu'il faut pour qu'une personne passe de l'alcoolisme à l'abstinence ?
- Je vous remercie pour votre aimable attention

Annexe 6-Extrait d'un entretien d'un malade alcoolique abstinent

Moi : J'ai lancé l'enregistrement, on était, On avait parlé de comment tu penses du thème déjà, on avait parlé un tout petit peu de ton histoire tout et tout, et donc on était arrivé à la partie où on devrait parler du projet de soin, je pense et c'est là qu'il y a plus eu l'enregistrement. Donc, d'abord, il y a des questions qui manquent. Quelle différence y a-t-il entre toi aujourd'hui et entre toi avant ?

Lui : Moi aujourd'hui et moi avant ? Aujourd'hui, avant de passer à un acte quel qu'il soit la colère ou l'énerverment, je réfléchis, voilà, la différence : avant je réfléchis pas. J'allais tête baissée vers le conflit sans prendre le recul nécessaire. Aujourd'hui, je prends plus de recul avant de me mettre en colère, ce n'est pour ça que je ne me mets pas en colère mais le recul est différent.

Vous : par rapport à l'alcool, toujours par rapport à l'alcool ?

– Toujours par rapport à l'alcool, c'est l'alcool qui me rendait nerveux et méchant, aujourd'hui, il y a plus le produit mais j'analyse avant de passer à l'acte de colère, c'est la différence par rapport à l'alcool.

Vous : ce que je comprends bien, toi avant avec à l'alcool, ça te rendait nerveux, ça te rendait méchant. Du coup, tu le prenais pour, par rapport à quoi, pour résoudre quelle situation ?

- quelle que soit la situation, avant si on me mettait en colère, j'allais vers l'alcool pour me calmer. Aujourd'hui, c'est plus le cas, aujourd'hui, j'ai plus le produit, j'analyse, j'analyse la situation avant de me mettre en colère.
- Vous : comme j'ai pas les autres parties, j'essaie de faire le lien en même temps. Et comment s'est passé ton projet de soin, parce qu'on n'en avait pas parlé
- Mon projet de soin à moi, c'est à un moment donné, je suis arrivé au bout du bout donc je,
- Vous : cad ?
- L'alcool ne produisait plus les effets que j'avais besoin, donc l'alcool ne produisant plus les effets, il fallait que je trouve une autre méthode pour m'en sortir. Soit c'était la prison, soit c'était l'hôpital, soit c'étaient les associations d'entraide.
- Vous : et finalement tu as fait quoi ?
- L'association d'entraide, je ne suis pas allé à l'hôpital, je n'ai pas en prison
- Vous : et ça fait combien d'années, ton abstinence ?
- Mon abstinence complète, elle a duré une fois 8 ans avec une rechute et aujourd'hui là, ça fait 5 ans. Donc un 8 ans, une rechute et une fois 5 ans, voilà.
- Vous : et comment tu as fait pour durer dans le temps ?
- Un jour à la fois, juste pour aujourd'hui, je fais attention de ne pas consommer
- Vous : mais comment tu fais attention ? Parce que quelqu'un pourrait dire, je tente mais je n'ai pas la force
- juste pour aujourd'hui, 24h, si c'est trop long 24h, heure par heure, juste pendant une heure, je fais attention de ne pas consommer.
- Vous : et pour répondre à ma question, comment quelqu'un peut passer de l'alcoolisme à l'abstinence, qu'est-ce que tu me dirais ?
- Ce que je viens de dire à l'instant, faire l'effort de ne pas consommer pendant une heure ou pendant une minute et puis 2 minutes et puis 1 h et puis 2 h, 24 h et puis jour après jour et puis l'abstinence s'installe.
- Vous : et si moi, je veux aider une personne, qu'est-ce que tu me diras à moi ?
- Alors pour aider une personne qui est dans la consommation, déjà qu'elle se fasse aider avec une association ou autre ou qu'elle se fasse hospitaliser ou qu'elle voie avec son médecin

et qu'elle passe à l'abstinence sur une courte période, alors les courtes périodes additionnées avec les autres font des grandes périodes.

– Vous : je n'ai pas le droit d'admettre des mots de valeur mais bon, donc suggestion, c'est ton mot de fin maintenant pour te résumer, qu'est-ce que tu dirais ? Mon thème, c'est l'accompagnement d'une personne jusqu'à la réinsertion en France, parce qu'en Côte d'Ivoire, on a enlevé, je ferai plus. Du coup, pour te résumer, qu'est-ce dont tu as envie qu'on retienne de ce thème ?

– Alors, de l'alcoolisation à l'abstinence ?

– Vous : Non de l'accompagnement des personnes alcooliques jusqu'à leur réinsertion en France

– de l'accompagnement des personnes alcooliques jusqu'à leur réinsertion ? Seul un alcoolique pourra pas s'en sortir, déjà c'est une certitude. Un dépendant parce qu'on l'appelle une personne dépendante alcoolique, un dépendant, la meilleure entrée d'un dépendant, c'est d'être avec un autre dépendant, donc d'être ensemble, ça, c'est une certitude. Un dépendant qui reste dans la solitude, la dépendance alcoolique amène à la solitude et la solitude amène à la consommation obligatoirement. Donc pour aider une personne dépendante à l'abstinence donc dépendante alcoolique, pour l'accompagner, il faut qu'elle soit accompagnée, aidée par d'autres dépendantes alcooliques abstinentes

– Vous : si j'ai besoin de complément, je vais revenir vers toi et du coup, est ce que tu penses que j'ai oublié une question selon toi si tu as des suggestions vues que j'ai oubliée l'autre partie, si tu as des suggestions pour l'étude ou si tu penses qu'il y a une question vraiment importante à mettre dans l'étude, qu'est-ce que tu dirais ?

– Justement ce qu'on vient de dire à l'instant, c'est que la personne la mieux placée pour en aider et en comprendre un autre est un autre dépendant. Mon épouse qui n'est pas dépendante donc qui ne consomme pas, ne peut pas comprendre pourquoi j'ai consommé et pourquoi je me suis arrêté et pourquoi je réagis comme ça. Un dépendant est tout simplement une personne, un homme ou une femme dont la vie est dominée par la drogue. Aujourd'hui, je ne consomme plus, je suis abstinent en rétablissement. Aujourd'hui, je suis en rétablissement jusqu'à la fin de ma vie, sans produit.

– Vous : en rétablissement, ça veut dire quoi ?

– En rétablissement, ça veut dire que j'apprends à vivre sans faire usage de produit, c'est ça l'objet des réunions qu'elles soient narcotiques anonymes ou alcooliques anonymes. Les réunions d'entraide, c'est être abstinent et en rétablissement. Aujourd'hui, je suis en rétablissement, je suis abstinent mais en rétablissement, c'est un alcoolique, on dit qu'il est sobre parce qu'il n'a pas de produit et il est en rétablissement. C'est la différence entre un abstinent et un sobre. Un abstinent, c'est quelqu'un qui ne prend pas de produit et un sobre, c'est quelqu'un qui ne prend pas de produit et qui est bien dans sa tête mais moi je suis en rétablissement aujourd'hui.

– Vous : Je vais revenir vers toi si j'ai besoin de compléments. Du coup, tes années aux NA, ça fait combien ?

– 5 ans

– Vous : et ton premier verre d'alcool, tu l'as pris à quel âge ?

– 16 ans, j'ai 44 ans.

– Vous : et ton premier verre d'alcool, tu l'as pris pour quelle raison ?

– Faire comme les autres

– Vous : faire comme les autres, moi j'ai pas continué, on m'a donné, proposé une fois un premier verre d'alcool, ça m'a dégoûté, j'ai refusé. Pourquoi, toi, tu as ...

– j'ai aimé les effets

– Vous : donc le même jour, tu as reconsommé plusieurs fois ?

– Bien sûr ! J'ai aimé toute de suite les effets que ça procurait, ça me rendait plus fort, ça me rendait plus intéressant envers les autres, ça me rendait moins timide, ça me rendait plus courageux. Quelles que soient les choses, je trouvais dans ce produit l'aide dont j'avais besoin à l'époque. Aujourd'hui, j'ai besoin de ces mêmes choses mais sans faire usage de produits, je le trouve différemment avec l'entraide des autres, c'est toujours pareil, c'est l'effet que ça m'a procuré, j'ai aimé tout de suite l'effet du produit, c'est l'effet du produit que j'ai aimé jusqu'au jour où j'en suis devenu, 7"14 -7"45 c'est un bon produit, il y a rien de méchant mais j'ai pas su, j'ai perdu la maîtrise de ma vie à cause de ce produit. Je suis arrivé à un moment où j'ai perdu la maîtrise et quand on perd la maîtrise, on est plus maître de la chose donc c'est le produit qui me gouvernait et là ça ne peut plus aller. Si le produit maîtrise à ma place, ça peut pas aller.

– Vous : merci beaucoup

– de rien !

Annexe 7-Index des auteurs

Adler et Sulloway, 198

Althaus, Virginie, et Éric, Brangier, 436, 437

Bastien Soulé et Jean Corneloup, 106, 107, 185

Bourdieu, 157

Carlo DiClemente et James Prochaska, 301

Carmen Bernand, 158

Claude Olievenstein, 55, 115, 117, 185

Denise Jodelet, 35, 183, 185

Emmanuel Jovelin et Annabelle Oreskovic, 141, 154, 216

François Moureau, 228

Howard Saul Becker, 98, 99

Hugues Pentecouteau et Omar Zanna, 139

Ilario Rossi, 425

Jacques Dutronc, 25, 29

Jean-Pierre Boutinet, 304, 306, 412

Laurent Mucchielli, 88

Le Breton, 185, 237, 454, 458, 462

Ludovic Gaussot, 159, 162, 164, 167, 168, 169, 170, 174, 175, 179, 183

Madeleine Grawitz, 58

OMS, 23, 25, 28, 32, 33, 37, 39, 48, 50, 55, 87, 89, 112, 114, 115, 121, 122, 124, 225, 237, 309, 354, 407

Sylvie et Pierre Angel, 198, 199

Annexe 8-Index des mots-clés

Accompagnement social, 4, 27, 50, 52, 54, 63, 343, 414, 415, 420, 421, 422, 449, 472, 473

Alcool, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 58, 59, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 183, 184, 185, 186, 189, 190, 192, 193, 199, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 258, 260, 261, 262, 263, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 276, 277, 278, 279, 283, 285, 286, 287, 293, 295, 296, 298, 299, 301, 317, 320, 321, 326, 328, 329, 334, 335, 337, 338, 341, 342, 348, 353, 354, 355, 366, 369, 370, 372, 374, 375, 378, 379, 382, 383, 384, 386, 388, 389, 391, 392, 393, 400, 404, 405, 408, 409, 411, 413, 430, 431, 433, 434, 439, 442, 443, 445, 446, 448, 450, 451, 452, 453, 454, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 464, 465, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 474, 475, 476, 478, 479, 480, 481, 482, 484

Alcoolisation, 4, 6, 8, 16, 23, 25, 27, 31, 36, 40, 42, 44, 45, 49, 52, 66, 71, 72, 73, 74, 132, 144, 145, 148, 150, 151, 153, 162, 163, 213, 216, 219, 240, 254, 255, 275, 276, 277, 278, 294, 316, 334, 337, 476, 483

Association d'entraide, 62, 223, 403

Associations d'entraide, 57, 58, 228, 233, 284, 348, 352

Drogue, 4, 23, 111, 112, 113, 114, 121, 122, 429, 440, 469, 483

Drogues, 23, 24, 30, 33, 39, 40, 42, 43, 94, 96, 111, 112, 114, 115, 117, 122, 123, 134, 136, 206, 207, 220, 237, 246, 294, 295, 366, 438, 440, 454, 455, 457, 460, 461, 465, 466, 467

Malade alcoolique, 4, 5, 8, 9, 18, 22, 25, 26, 36, 37, 51, 55, 56, 57, 59, 63, 65, 74, 103, 110, 116, 124, 125, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 153, 154, 155, 159, 168, 170, 171, 172, 174, 175, 177, 183, 184, 185, 194, 213, 214, 218, 225, 232, 234, 235, 245, 255, 256, 260, 262, 268, 272, 273, 274, 278, 283, 284, 286, 287, 289, 291, 297, 308, 318, 319, 320, 335, 338, 339, 341, 342, 355, 364, 378, 391, 397, 402, 403, 411, 413, 432, 434, 437, 447, 448, 450, 452, 456, 472, 481

Malades alcooliques, 1, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 35, 36,

37, 38, 40, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 84, 110, 118, 131, 135, 136, 138, 139, 150, 155, 164, 166, 168, 170, 171, 174, 176, 179, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 193, 194, 196, 197, 200, 201, 202, 203, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 240, 241, 245, 253, 254, 256, 257, 258, 262, 264, 265, 269, 271, 272, 279, 280, 283, 284, 285, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 296, 300, 308, 314, 315, 318, 319, 320, 323, 324, 325, 326, 334, 335, 336, 337, 339, 341, 342, 343, 345, 346, 353, 355, 356, 358, 359, 360, 361, 363, 364, 366, 368, 369, 372, 375, 376, 377, 378, 379, 382, 383, 384, 386, 388, 389, 390, 391, 394, 395, 396, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 428, 431, 433, 434, 436, 437, 438, 440, 441, 442, 443, 444, 446, 447, 448, 449, 450, 452, 473, 475, 477, 478, 479, 480, 481
Mouvement, 52, 79, 146, 164, 168, 170, 228, 330, 348, 357, 414, 420