

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département Sciences sociales**

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie clinique**

THEME

**LES STRATEGIES DE COPING CHEZ LES
ALCOOLIQUES**

**Etude de 06 cas, réalisée au centre de désintoxication à la wilaya de
Bejaia.**

Réalisé par :

M^{elle} DRICI LEILA

Encadré par :

M. AMRANE LAKHDAR

Année universitaire
2012 – 2013



Remerciements

Avant tout je tiens à remercier le bon Dieu, le tout puissant de m'avoir donné la santé, la volonté et le courage à réaliser ce modeste travail.

Un grand merci, à notre promoteur M^rAMRANE LAKHEDAR d'avoir accepté de m'encadrer, pour son aide précieux, ses orientations, ses conseils et surtout pour sa patience.

Merci aux membres du jury, pour l'honneur qu'ils m'ont accordé en évaluant mon travail.

A tout le personnel de centre Intermédiaire de soins aux toxicomanes (C.I.S.T) de Bejaia, surtout Mme Aboud Loubna et Nabil Ainsi que mes sincères remerciement, aux psychiatres de l'hôpital Franz Fanon de Bejaia, particulièrement, Mme Boudbza, qui nous à aider à effectuer notre stage.

Je remercie du fond de mon cœur ma famille et mes amis, et à tous ceux qui m'ont soutenu de prés ou de loin.

Merci à tous et à toutes

DÉDICACES

Je Dédie ce modeste travail

À

Mes chers parents qui sont l'exemple de ma vie, que j'estime leurs sacrifices, leurs encouragements et leur soutien tout au Long de mes études.

À

Mes très Chères Sœurs :

Razika et son mari A.Ghani

Sounia et son mari A. Ghani

Souhila et Nabila

À

Mes deux Frères : Soufiane et Amine

Son oublier la petite ange Aya

À

Mes cousines : Mimou, Zoubida, siphax

Également à mes très chères amis particulièrement : Latifa, Mérieme et b. kamel, ainsi que Ibtissem, Lounase, Fadila, Aziza, Lamia, Mahfoud Foufa et Ramzy.

À

Tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin.

A l'avenir

Table des matières

Introduction générale

1 / Objectifs et choix du thème.....	3
2/ Problématique et hypothèses.	4
3/ Définition des concepts clés.	9

La partie théorique

Chapitre I : Les stratégies de coping

Préambule	12
1- L'évolution de la stratégie du coping.	12
1-1 Coping et défense.....	13
1-2 Coping et adaptation.	14
1-3 L'approche transactionnelle du stress et du coping.	15
2- Définition du terme coping.....	15
3- Les stratégies générales du coping.	17
3-1 Coping centré sur le problème.	17
3-2 Coping basé sur l'émotion.	17
3-3 La recherche du soutien social.	18
4- Les stratégies spécifiques de coping.	18
5- Les déterminants de coping.	19
5-1 Les déterminants dispositionnels.	19
5-2 Les déterminants situationnels.	21
5-3 Les déterminants transitionnels.....	21
6- Stress et coping.....	22
6-1 La théorie cognitive du stress et du coping.....	22
7- Coping et intervention thérapeutiques.....	23
8- L'efficacité des stratégies du coping.	25

Résumé.	27
--------------	----

Chapitre II : Alcooliques et l'alcoolisme

Préambule.	29
Aperçu historique.	29
1- Définition de l'alcool.	31
1-1 Le degré d'alcool d'une boisson alcoolisée.	31
2- Le métabolisme de l'alcool dans le corps.	31
3- L'alcoolisme.	32
3-1 L'alcoolisme aigu.	32
3-2 L'alcoolisme chronique.	33
4- Les circonstances qui favorisent la survenu d'un alcoolisme.	33
5- Les facteurs du syndrome alcoolique.	34
5-1 Les facteurs psychologiques.	34
5-2 Les facteurs physiologiques.	34
5-3 Les facteurs socioculturels.	35
5-4 Les facteurs économiques.	35
6- Le malade alcoolique selon le guide pratique de la psychiatrie.	36
7- Les effets de l'alcoolisme (aigu et chronique) sur la santé.	36
7-1 Les effets psychologiques.	36
7-2 Les effets physiologiques.	37
8- Affirmation de l'alcoolisme et dépistage.	39
9- Alcool et les jeunes.	39
9-1 La sensibilisation des jeunes aux méfaits de l'alcool.	40
10- Alcool et grossesse.	40
10-1 Les effets toxiques de l'alcool sur le fœtus.	40
11- L'alcool et la conduite automobile.	41
12- Les approches psychologiques de l'alcoolisme.	43
13- La prise en charge.	45

Résumé

La partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de recherche

Préambule	47
1- La présentation du lieu de la recherche.	47
1-1 Le rôle de C .I.S.T.	47
1-2 Infrastructure et fonctionnement.	47
2- Les méthodes de la recherche.	48
2-1 La méthode descriptive.	48
2-2 L'étude de cas.	49
3- Les techniques utilisées.	50
3-1 L'entretien clinique.	50
3-1-1 L'entretien clinique semi-directif.	51
3-1-2 Les échelles cliniques.	51
4- L'échelle du coping.	52
5- La population d'étude.	56
5-1 Critère de sélection de la population.	56
6- Le déroulement de la pratique.	57

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule.	59
Présentation des cas.	59
Analyse générale	74
Discussion des hypothèses.	77

Conclusion.

Bibliographie.

Annexes.

Introduction

Introduction

La consommation des substances psychoactives, est une rivière turbulente dans laquelle chacun peut tomber, cette chute est un problème communautaire, croissant et actuel. Cette consommation touche de près ou de loin toutes les couches sociales ainsi que les deux sexes.

Parmi ces substances psychoactives, on trouve l'alcool qui est la plus ancienne substance toxique produite par l'homme. Donc l'alcool est un objet de plaisir ; plaisir de groupe, plaisir du palais. De nos jours, il fait partie de notre vie quotidienne, où il d'invite presque à toutes les tables.

De ce fait, le phénomène d'alcoolisme a fait couler beaucoup d'ancre. Alors, quels sont les risques attachés à l'alcool ?, peut-on devenir dépendant ? .Et cette dépendance est-elle une maladie ?

Cependant, si la consommation de l'alcool détruit la personne, il est possible pour lui de s'en détacher et d'agir en conséquence. Et cela à travers l'utilisation des stratégies de faire face, afin de trouver d'autres chemins que d'être une personne alcoolique. Car les préjugés et les fausses idées sur l'alcool font partie du problème de consommation des jeunes et adultes, il faut donc être particulièrement attentif à ce que l'on dit et à ce que l'on entend sur les effets de l'alcool.

Le travail présenté, s'est focalisé sur les personnes alcooliques âgées entre 30 à 39 ans, qui souffrent de dépendance à l'alcool. L'intérêt porté à cette catégorie c'est de savoir leurs stratégies de coping face aux difficultés rencontrées. Et le fil conducteur de cette recherche est d'essayer de comprendre les facteurs et les éléments qui engendrent le phénomène d'alcoolisme.

Notre recherche est divisée en deux parties :

- La **partie théorique** qui est constituée de :

Chapitre I : les stratégies de coping

Chapitre II : intitulé, Les alcooliques et l'alcoolisme

Introduction

- La **partie pratique** est constituée de :

Chapitre III : La méthodologie de recherche

En dernier lieu, Le **chapitre IV** : intitulé, présentation, analyse et discussions des résultats.

Objectifs et choix du thème

1-Intérêt et choix du thème :

Toute recherche scientifique se concrétise par le choix d'un thème d'étude sur lequel se concentrent ses efforts afin de comprendre un phénomène et pouvoir lui fournir des explications logiques.

Ce qui nous a poussé à choisir et à s'intéresser à notre thème, c'est le fait que la consommation des substances psychoactives, et plus précisément l'**alcool**, qu'est devenue un fléau social, fréquent, en plein expansion, et très répandu dans la vie quotidienne malgré sa nocivité.

Donc on a choisi ce thème dans le but, de comprendre les raisons et les facteurs qui poussent les personnes à se réfugier vers l'alcool, que d'expliquer les attitudes et les comportements des alcooliques en vue de leurs enterrages, ainsi que, donner une importance à la souffrance des alcooliques et leur endurance.

2-Les objectifs de la recherche :

- L'objectif principal de notre recherche, vise à éclairer la question de coping chez les alcooliques au cours de leur vie.
- Déceler leur capacité de faire face, dans tous les domaines (familial, social, et professionnels...)
- Découvrir la qualité et le degré des stratégies de coping, que les alcooliques utilisent le plus (coping basés sur le problème, l'émotion et la recherche de soutien social).
- Souligner l'aspect dangereux d'alcoolisme en Algérie

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Problématique :

Les substances psycho-actives ont été utilisées par l'homme depuis le début de son existence, et la consommation de ces substances représente l'un des principaux problèmes publics. C'est un enjeu majeur des sociétés.

Les substances psycho-actives sont des produits toxiques « drogue », qui agissent sur le système nerveux central (SNC) et modifient les comportements. Certaines de ces substances interdites à la consommation et à l'usage sont dites licites, tel que (cannabis, héroïne, cocaïne ...). D'autres substances, en raison de considérations historiques, culturelles, politiques ou médicales sont appelées illicites. Les législations réglementent et autorisent leur production, vente et leur usage est permis. Elle fait partie de notre quotidien.

En effet, depuis l'aube de l'humanité, il est admis que l'alcool est la substance toxique la plus ancienne. Après, n'ayant observé qu'un jus de fruit exposé à l'air libre, devenant grâce aux levures ambiantes, un breuvage ayant des propriétés psychotropes spéciales. La première brasserie est apparue en Egypte aux environs **3700 AV-JC**. (H. Bloche, E. Dépret et coll, 2002, p 39).

A partir du 19^{ème} siècle, l'alcool fut introduit dans la famille chimique sous le nom « d'*Ethanol* ».

Donc l'alcool ou l'éthanol est une molécule psychotrope avec la formule ($\text{CH}_2\text{CH}_3\text{OH}$), produit par fermentation de certains sucres, que l'on trouve selon des teneurs variables dans la bière, le vin et les spiritueux. (Ibid. P39).

La consommation régulière de grandes quantités et qui dépassent les normes provoque l'alcoolisme c'est-à-dire un sujet alcoolodépendant qui souffre des syndromes alcooliques.

Et parmi ces syndromes :

- 1- Boire de façon excessive (en grande quantité).
- 2- Boire pour fuir des problèmes, pour s'isoler.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

- 3- Avoir besoin de plus d'alcool pour obtenir les mêmes effets qu'avant (grand tolérance au produit).
- 4- Négliger ses activités habituelles à cause de sa consommation.
- 5- Poser des gestes que l'on regrette après que l'effet de l'alcool.
- 6- Consommer de l'alcool jus qu'à nuire à sa santé, à sa sécurité, à son bien être.
- 7- Ne plus pouvoir se passer d'alcool.

Quelque soit la nocivité de l'alcool, à court terme : trouble digestifs, nausée, diminution de la vigilance avec risque d'accident, perte du contrôle de soi (actes voilant, tendance suicidaire...), où à long terme : cancer, cirrhose, maladie du pancréas, troubles cardio-vasculaires...etc. Il est difficile d'empêcher les personnes de le consommer car les motivations et les motifs sont multiples ; satisfaire la curiosité, le désir d'expérimentation surtout chez les adolescents, recherche l'évasion, l'effet réputé, l'euphorie, le bien être, répondre aux pressions du group, besoin d'assurance et de confiance en soi pour faire face ou problème, réduire l'angoisse, oublier une peine ou un échec.

Donc l'habitude de consommer l'alcool ne fait pas appel seulement ou facteurs physiologique et psychologique, mais aussi à des facteurs socioculturels et économiques de consommateur.

En Algérie, il est important de souligner que l'alcool, est l'une des premières causes de mort et d'accident de route. Malgré les sensibilisations sur les méfaits de l'alcool sur la personne même ou son entourage, se phénomène ne cesse de grandir. Pour cela l'état Algérienne sanctionne certains comportements associé à la prise de l'alcool, telle que la conduite de véhicule en état d'ivresse ou d'alcoolémie c'est-à-dire, par un taux d'alcool qui varie entre **0,4** et **0,6 g/l** dans le sang.

Il existe plusieurs approches qu'ont tenté d'expliquer l'addiction et la consommation d'alcool. Mais il nous semble que l'approche cognitivo-comportementale est la plus adéquate a notre recherche.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Cette approche (TCC), s'intéresse essentiellement aux mécanismes psychologiques acquis par le sujet alcoolique pour expliquer la dépendance ainsi que son maintien, donc cette approche accorde importance aux représentations et aux croyances du sujet.

Selon ce courant une personne alcoolique, ne peut pas tolérer l'échec lorsqu'elle se confronte à de nouveaux problèmes, les croyances suivantes sont les plus partagées par les alcooliques :

- 1- L'alcool n'est pas une source de problème.
- 2- L'alcool fait baisser l'anxiété et permet de se relaxé.
- 3- L'alcool est le seul moyen pour réduire la souffrance.
- 4- Je suis alcoolique donc je suis incapable et faible.

Donc l'objectif des thérapies cognitivo-comportementale (TCC) est de convaincre et d'aider à confronter la situation (dépendance) avec une motivation au changement.

Comme tout être humain, l'alcoolique dans la vie quotidienne vit un certain nombre de situations et d'événements qu'il perçoit comme menaçants. Ces situations aversive aigus ou chroniques induisent des perturbations émotionnelles face à laquelle le sujet reste passif. Le fait d'être confronté à des événements stressants plus ou moins réguliers, et plus ou moins intenses, sont reconnus d'avoir un effet sur la santé physique et psychique. De ce fait, lui permettent d'élaborer des stratégies d'ajustement ou de faire face (**Coping**).

Le coping est un concept récent apparu pour la première fois dans l'ouvrage de **RICHARD LAZARUS** « *Psychological stress and process* » 1966. Ce concept semble provenir de deux domaines théoriques et de recherche très différentes : de l'expérimentation animale de (Pavlov) et de la psychologie du Moi dans la tradition psychanalyse. (M.B. Schweitzer, 2002, p 353).

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

De nos jours le coping représente un concept central dans la théorie contemporaine du stress.

Donc, il existe plusieurs définitions de concept de coping. Mais nous nous référons principalement à celle de **LAZARUS** et **FOLKMAN** 1984, qui définissent le coping comme : « les efforts déployés volontairement par l'individu pour faire face à une situation qu'il évalue comme stressante. Une situation perçue comme difficile à surmonter et menaçante pour son bien être ».

LAZARUS développe un modèle psychologique de stress et de coping, dans lequel la réaction ne survient seulement si le sujet a évalué la situation comme angoissante.

Ce modèle s'intéresse essentiellement aux stratégies psychologiques acquises par le sujet pour expliquer l'installation de la dépendance, ainsi que son maintien. C'est l'enchaînement stress et consommation qui va faire l'objet d'une intention particulière, en étudiant de façon précise des facteurs cognitifs intermédiaires.

En s'appuyant sur l'ensemble des lectures et sur les informations recueillies d'après les pré-enquêtes auprès des personnes ayant une dépendance à l'alcool. Nous sommes amenés à s'interroger sur les réactions de ce dernier (alcoolique), face aux différentes situations stressantes, ainsi que leurs difficultés.

Sur cette base le problème soulevé est : quels sont les stratégies d'adaptation utilisées par les alcooliques ? Et quelle est la nature de ces stratégies?

L'hypothèse générale :

A la lumière de ce qui précède, nous formulons l'hypothèse suivante :

Les alcooliques utilisent des stratégies de coping particulières, afin de faire face aux événements stressants.

Les hypothèses partielles :

- Les alcooliques utilisent des stratégies du coping basé sur le problème.
- Les alcoolique utilisent des stratégies du coping orienté ver l'émotion.
- Les alcooliques utilisent des stratégies de coping fondé sur la recherche du soutien social.

Définition des concepts clés et opérationnalisation des variables :

1/ Définition théorique :

1-1/ Définition de stress :

Pour **Reilly et Al (1934)**:« c'est la réponse activée par tout sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme ».

Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie : « tout réponse de l'organisme consécutive a tout demande ou sollicitation exercées sur cet organisme »

Selon Larousse : « perturbation biologique et physique d'un organisme due à une agression quelconque ; cette agression. »

1-2/ Définition des stratégies de coping :

Lazarus et folkmane définissant le coping comme : «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences spécifique internes ou externes qui son évaluées (par personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (Lazarus et Folkman, 1984, P 356).

Ainsi le dictionnaire de psychologie la définit comme étant : copingstratgy : « processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations fait face a la vie et notamment a une situation stressant et réussi à la maitriser ». (A.G) grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, 1991, p218.

1-3/ Définition de dépendance :

Etat d'une personne qui est soumise à un être ou à une chose. La dépendance peut exister à l'égard d'un produit toxique dont on ose pour en retirer du plaisir ou faire disparaître un malaise. (N.Sallamy,1999, p 78).

Définition des concepts clés

1-4/ Définition de l'alcoolisme :

- Dépendance à l'égard de l'alcool, et ensemble des manifestations pathologique dues à cette dépendance.
- Perte de la liberté de s'abstenir à cette dépendance. Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie, 1999, p 37.

2/ Définition opérationnelle :

Les alcooliques avec leurs propres dispositions et leurs personnalités, se confrontent dans leurs vie quotidienne à des situations aversive, se qu'ils imposent de développer des stratégies, afin de faire face à ces événements, menaçant de leurs stabilité et leurs bien être.

Préambule :

L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques, il essaye de « **faire face** » (**to cope**). Donc on parle de **coping** pour désigner les réponses et les réactions que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

Ce terme (**coping**) d'abord traduit par « stratégie d'ajustement » est admis dans le vocabulaire français depuis 1999. Le coping peut prendre des formes très diverses : il peut s'agir de cognitions (réévaluation de la situation stressante ou des ressources disponibles, restructuration cognitive, plans d'action...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...). Et des comportements (résolution de problème, recherche d'information, recherche d'aide...). (M .B. Schweitzer, 2002, P 352).

La dépendance à une substance toxique constitue une source de détresse et de souffrance, un stressor majeur, pouvant entraîner une réponse émotionnelle négative et des effets néfastes à plus long terme. Les stratégies individuelles d'adaptation ou stratégies du coping constituent une voie intéressante qui permettrait de saisir ce phénomène, plus spécifiquement à travers les stratégies à la quête de sens.

1/ L'évolution de la notion de coping :

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX^e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de **DARWINE** en particulier).

Donc le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de **RICHARD LAZARUS**, «**psychological stress and coping process** » (1966). Ou il désigne un ensemble de réaction et de stratégies élaboré par les individus pour faire face à des situations stressantes.

Le concept de coping est extrêmement populaire de puis les années soixante – quinze, dans les pays anglo-saxon et il à donné lieu à plusieurs centaine de travaux scientifique et de tentatives d'application. Il commence seulement à être populaire en France depuis les années quatre vingt-dix. (M.B. SCHWEITZER, 2002, P 353)

1-1/ Coping et Défense :

Le concept de défense date de la fin du XIXème siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, psychologie dynamique et de l'ego psychology. **T. BREUER** et **S. FREUD** observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience.

Dans les premiers textes de **Freud** sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle grandissant.

Dans un texte de **Freud** de 1926 «*Inhibition, symptôme et angoisse* », le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte de moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (M.B .Schweitzer, 2002, P 354)

A partir des années soixante- soixante-dix, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « **coping** » (terme qui fut répertorié pour la première fois en 1967 dans les mots clés de (psychological abstracts), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense.

GREER et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance- désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et le coping, notion alors en émergence. (Ibid. P 353).

De 1960 à 1980, il a eu encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelques tentatives de clarification furent publiées (dont celle de **HAAN**, 1977). On pourrait tenter de résumer les différences mécanisme de défense et stratégie de coping de la façon suivante : un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

Une stratégie de coping est flexible, conscient, différencié (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans l'individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents).

(M.B. Schweitzer, 2002.P 355)

1-2/ Coping et adaptation :

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer (fight) ou fuir (fly), notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse, le coping et le stress sont considérés par

certain auteurs comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation élaborés face aux difficultés de la vie. (M.B. Schweitzer, 2002, P 355).

Selon **LAZARUS** et **FOLKMAN** (1984), il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept extrêmement large qui inclut toute la psychologie, voir même la biologie. L'adaptation inclut tout les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage,...).

En revanche, le coping est un concept beaucoup plus spécifique. S'il inclut aussi diverses réponses d'ajustement chez les individus, il ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement perçues comme menaçant (ou stressantes). De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatique, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscient, changeants, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée aujourd'hui à celle d'adaptation, notion trop normative et finaliste. (M.B. Schweitzer, 2002, P 355)

1-3/ L'approche transactionnelle du stress et du coping :

L'approche transactionnelle du coping se distingue des modèles précédents relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation. Selon elle, il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace en soi, indépendamment des tristiques de la situation à affronter. L'efficacité d'une stratégie dépend aussi des critères choisis (équilibre émotionnel, bien-être, qualité de vie, santé physique,...), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre l'affectivité négative tout en nuisant à sa santé (alcoolisme...). (M.B. Schweitzer, 2002, P 365).

2/ Définition du terme « coping » :

L'étude des typologies, des traits du coping, laisse de plus en plus la place à l'étude des processus de coping, c'est-à-dire des stratégies que le sujet met en place pendant la confrontation stressante pour la résoudre. Les études récentes sur le coping se sont focalisées sur des processus spécifiques que les individus utilisent pour

faire face aux événements stressants. Il existe plus de 30 définitions du terme « coping » **Lazarus** et **Folkman** (1984) proposent la définition suivante : «le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet variables et instables, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propres ressources ». Il existe trois points clefs dans cette définition :

- D'abord, le coping est un processus orienté qui se focalise sur ce que la personne pense et fait lors d'une situation spécifique de stress. Il change au fur et à mesure que la situation se modifie (Folkman et Lazarus, 1985)

Dans cette conception, le coping n'est pas un trait ou une caractéristique stable de la personne, mais plutôt une constellation d'un certain nombre de cognitions et de comportements, qui ont lieu en réaction à une situation stressante spécifique (De Ridder, 1997), donc le coping est un processus qui peut changer dans le temps.

- Deuxièmement, le coping est lié au contexte, il est influencé par l'évaluation de la demande situationnelle (Felton et Revenson, 1984 ; Folkman et Lazarus, 1980). L'importance du contexte suggère que l'individu et les variables de la situation façonnent ensemble le coping. Les individus pourraient préférer des styles habituels de coping, mais la demande situationnelle peut interagir avec ces préférences et imposer d'autres choix (Endler, 1997). Ce qui a été fait ou pensé pendant la confrontation stressante est considéré comme le résultat d'une interaction active entre sujet et environnement, et dépend de la relation psychologique changeante entre les deux. Le contrôle des conditions de la situation stressante est apparu dans la théorie et la recherche sur le coping comme un facteur contextuel qui peut, en partie, déterminer l'efficacité d'une stratégie de coping particulièrement (Christensen et Al, 1990 ; Collins et Al, 1983 ; Lazarus et Folkman, 1984). L'approche de Lazarus met au premier plan les mécanismes de coping et, au vu de l'importance qui est donnée au contexte, pourrait, à l'extrême, être dite «situationniste ».

- Enfin, les stratégies ou les réponses aux transactions stressantes ne sont pas jugées comme mauvaises ou bonnes. Elles sont simplement définies comme des efforts que

le sujet fait avec ou sans succès pour traiter des demandes. La valeur fonctionnelle du processus de coping n'est jamais ou rarement séparée du contexte dans lequel il est employé (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, P77).

3/ Les stratégies générales de coping :

D'après les recherches menées sur une palette étendue de stress depuis une vingtaine d'années, il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différant d'une situation aversive à l'autre. Mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteurs plus généraux (de second ordre), alors une certaine stabilité des situations obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping.

3-1/ Le coping centré sur le problème :

Correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation. Il comprend diverses stratégies : élaboration de plans d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combatif...etc. Ou le nomme parfois coping « vigilant » ou « actif ».

3-2/ Le coping centré sur l'émotion :

Comprend les diverses tentatives du sujet pour gérer la tension émotionnelle induite par la situation : évitement (dormir plus que l'habitude, ne pas penser au problème...) , distraction (regarder la télévision, écouter la musique...) pensée « magique » ou déni (faire comme si la situation n'existait pas...), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimisme (maximisation de la menace, perte de contrôle , anticipation d'une issue défavorable...), expression ou, au contraire, répression des émotions négatives (anxiété , colère , tristesse..), autoaccusation (se sentir responsable), stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier...). Donc on parle parfois ici de coping « évitement » ou encore « passif ».

3-3/ La recherche de soutien social :

Apparaît parfois comme troisième stratégie globale. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social, ni avec le soutien social présenté ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte). Il s'agit ici de tentatives affectives de la personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource. (M.B. Schweitzer, Décembre 2001, P 26).

4/ Les stratégies spécifiques du coping :

Le choix d'une stratégie de coping est déterminé à la fois par certaines caractéristique du sujet et par certains aspects de la situation stressante, face à des stressseurs bien particulières, certaines stratégies de coping se subdivisent et se différencient d'autres non, c'est ce que nous allons examiner à présent.

Face à divers stressseurs médicaux (maladie, traitements, hospitalisation, intervention chirurgicale...etc), on trouve particulièrement inchangées la stratégie centrée sur le problème (qui s'enrichit de composantes comme la recherche d'information, l'esprit combatif, l'observance, etc), et la recherche de soutien sociale. Quant au coping centré sur l'émotion, il se subdivise chez les personnes affrontant des stressseurs médicaux en sous-dimensions plus spécifiques :

- 1- L'impuissance-désespoir (détresse, perte de contrôle, dramatisation, pessimisme...)
- 2- L'auto-accusation (attribution causale interne, sentiment de responsabilité, culpabilité, attitude « héroïque »...etc).
- 3- L'évitement émotionnel (répression ou surpression des émotions, dénégarion, pensée magique, irréalisme....)
- 4- L'expression des émotions (crises de larmes, états anxieux, accès de colère, relaxation...)
- 5- L'hostilité (colère, agressivité, irritabilité, auto-agressivité, etc).

(M.B .Schweitzer, 2002, P 360).

5/ Les déterminants du coping :

Selon l'approche transactionnelle du stress et du coping (**LAZARUS** et **FOLKMAN**, 1984) le coping est un ensemble de réponse à des situations stressantes spécifique .C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évalue.

Pour certains auteurs, les déterminants du coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu) pour d'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature de problème, contrôlabilité...)

5-1/ Les déterminants dispositionnels du coping :

Selon divers auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dispositionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables des situations.

Il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie.

Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des évènements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, que dépend des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que chaque de son histoire.

5-1-1/ Les déterminants cognitifs :

Parmi les déterminants cognitifs de l'évolution, il y a les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources ses capacités à résoudre les problèmes...) et ses motivations générales (valeurs, buts, intérêts, etc.).Un autre déterminant cognitif de l'évolution et du coping est le lieu de contrôle (interne /externe).

Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adaptées. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe (VAN HECK, 1997). Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc.).

5-1-2/ Les déterminants cognitifs :

Certaines dispositions personnelles (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire, secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante ainsi, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion (VAN HECK, 1997). La résilience, le lieu de contrôle, le sens de la cohérence, le fait d'être consciencieux sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. C'est aussi le cas de l'endurance style décrit par KOBOSA et AL (1982), qui consiste la fois à s'impliquer dans les diverses activités quotidiennes (engagement), à croire que l'on maîtrise les situations (contrôle perçu) et que les problèmes qui se présentent sont défis à relever (plutôt que des menaces).

L'association entre personnalité et coping est très marquée (COSTA et AL 1996, p 51) ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques fluctuantes des situations. Ceci expliquerait les réponses de coping ont bonne consistance temporelle d'une situation à l'autre (MC Créa, 1992, Vollrath et AL 1995).

5-2/ Les déterminants situationnels du coping :

Beaucoup d'autres pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celle des situations rencontrées.

Ainsi, l'évolution pourra être influencée par divers caractéristique, réelles et perçues de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien sociale pouvant aides l'individu en cas de besoin.

5-3/ Les déterminants transitionnels du coping :

LAZARUS et **LAUNIER** avaient proposé de classer les événements ne pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus, or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents.

Dans deux études distinctes, MC Créa(1984) a montré en effet que c'est « l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». Un événement vécu comme une perte induit plutôt une stratégie émotionnelle comme le fatalisme ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive ou la réaction des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter divers stratégies : résolution de problèmes, pensée positive, humour, etc.

Donc les facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et l'élaboration des stratégies de coping .On fonction des effets plus ou moins fonctionnels du coping, il pourra y voir des réactions en boucle des avec des réévaluations.

(M.B .Schweitzer, 2002, P 363).

6/ Stress et coping :

Tout au long de sa vie l'individu doit s'adapter en permanence aux situations stressantes afin de maintenir la constance du milieu intérieur (Bernard, 1882) ou l'homéostasie (Cannon, 1932), par une série d'effets physiologiques de réactions non spécifiques, encore appelées « syndrome général d'adaptation ».

Donc le stress selon **Lazarus** et **Folkman** 1984 : est une transaction particulière entre personne et environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien être.

6-1/ La théorie cognitive du stress et du coping :

Pendant longtemps le stress a été considéré comme une simple réaction non spécifique de l'organisme à toute agression.

Dans cette perspective « Selye » a développé sa théorie du syndrome général d'adaptation, mais de nombreuses études (Hardy et Gorwood, 1993 ; Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Tastet et Bourgeois, 1989) ont souligné que l'évaluation personnelle faite de la situation stressante a plus d'impacte sur l'organisme que le faits eux même. (G.N. Fischer. 2002, p 373).

Aujourd'hui, le concept du stress est bien éloigné des propositions originelles de « Selye ». Cela tient, d'une part, aux progrès des neurosciences en particulier la psychoneuroimmunologie (Ader, 2001), et d'autre part, à la compréhension des processus psychologique en rapport avec les nouvelles théories cognitive. Dans ce domaine, **Lazarus** et **Folkman** (1984), sont les auteurs de référence de la théorie cognitive du stress et du coping, pour eux, le stress est considéré comme « une interaction spécifique entre personne et l'entourage qui est évaluée par la personne comme débordant ses ressources et peuvent mettre en danger son bien être ». Cette définition se distingue d'autre approche théorique dans les qu'elles le stress est défini soit comme stimulus, par exemple : examen, soit comme la production d'un conflit intrapsychique centré sur le besoin de la personne, ou encore comme une réponse physiologique ou une réponse de la détresse émotionnelle.

Dans la définition offerte par **Lazarus**, le stress est décrit comme un processus incluant les stimuli stressants et les réponses engendrées, mais également la relation entre la personne et l'environnement. Cette relation dynamique constatant changement et bidirectionnelle entre la personne et l'environnement ; chacun agissent sur l'autre. Cette relation est modulée par deux groupes de processus : les processus d'évaluation cognitive et le processus d'adaptation (Stratégies de coping). (G.N. Fischer, 2002, P 373)

7/Coping et interventions thérapeutiques :

La plupart de thérapies psychologiques modifient d'une manière ou d'une autre les éléments impliqués dans l'ajustement mental de l'individu. Ces modifications ont souvent des répercussions positives sur le coping et le choix adapté des stratégies. (H. Charal, S. Callahan, 2004, p 147).

La recherche dans ce domaine cible les interventions précises concernant des problèmes et des populations spécifiques. Exemple, des interventions qui ciblent spécifiquement les stratégies de coping ont vu une amélioration dans la capacité générale de résoudre les problèmes. (Nezu et Al, 1986), une réduction de la douleur chronique (Hanson et Gerber, 1990), une meilleure collaboration aux traitements médicaux (Roter et Al, 1998) et une amélioration dans l'ajustement aux maladies chroniques (Devins et Binik, 1996).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont le plus souvent pour but d'améliorer le choix de stratégie et d'encourager un coping plus adapté.

Les deux théories classiques des (TCC), proviennent d'Ellis (thérapie rationnelle émotive, 1994) et de Beck (thérapie cognitive comportementale, 1976). Même si l'on a gardé l'appellation « TCC », les deux types de thérapies sont toujours d'actualité,

Le premier type engage le patient dans un débat actif afin de modifier son attitude, et le second encourage des vérifications empiriques des distorsions cognitives ces deux modalités sont souvent associées dans une même thérapie.

Selon la thérapie rationnelle émotive d'Ellis (1994). Les individus manifestent une pathologie lorsqu'ils retiennent des croyances irrationnelles, ils sont troublés non parce qu'ils n'auront pas l'approbation d'autrui, mais parce qu'ils croient ne pas avoir cette approbation. Nous sommes nés avec la capacité d'être facilement influencés et avec un don pour généralisation. Du coup, il est facile d'intégrer les croyances irrationnelles des autres. Le psychologue aidera un patient à agir contre ses croyances irrationnelles, parfois avec une force qui souligne que leur action est nécessaire afin de les modifier.

Le psychologue doit aider le patient à se battre contre ses croyances irrationnelles. Le but d'une TCC ne serait pas les sentiments du patient mais plutôt de les maîtriser : quand un sentiment est adapté, ce n'est pas nécessaire de le refuser, il faut plutôt l'accepter. Ce type de thérapie est particulièrement approprié pour aider une personne à trouver des stratégies plus adaptées et changer les cognitions qui accompagnent sa détresse.

Pour le TCC de Beck(1976), la cible sera les distorsions cognitives : perfectionnisme « tout ou rien » ou raisonnement dichotomique, inférence arbitraire, abstraction sélective, maximalisation, minimalisation, sur généralisation, raisonnement émotionnels et clairvoyance, pour n'en nommer que quelques-unes pour une discussion plus profonde de ces distorsions cognitives.

Donc la recherche concernant les interventions thérapeutiques sur le coping indique que la thérapie peut avoir des effets importants sur l'amélioration du choix des stratégies dans une large gamme de troubles psychologiques (Hollon et Beck, 1994).

Aussi que ces effets peuvent être améliorés par le choix de thérapie en fonction de certaines qualités du patient. (H. Charal, S. Callahan, 2004, p 148).

8/ L'efficacité des stratégies du coping :

Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et /ou de diminuer son impacte sur son bien-être physique et psychique.

Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème. Mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et notamment sa détresse (Lazarus et Folkman, 1984, P 188)

Placer par exemple une personne âgée dépendante dans une institution spécialisée peut permettre à ses proches de réduire certains problèmes (surcharge, matérielle, morale, physique). Mais il est possible que la famille de cette personne soit alors submergée par des cognitions et affect négatives (perte, tristesse, culpabilité, etc.). Inversement, certaines personnes arrivent à gérer les émotions induites par un problème sans pour autant régler la situation aversive, qui persiste alors. On ne peut donc pas, dans ces deux exemples, considérer les stratégies de coping utilisées comme efficaces.

Les deux stratégies de coping principales peuvent être utilisées les deux par un individu donné (ou pas du tout). Elles peuvent interagir (contrôler le problème facilite en générale la gestion des émotions et investissement).

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion.

Schmid (1988) a observé que parmi des patients devant subir une intervention chirurgicale, ceux qui avaient utilisé une stratégie vigilante (recherche d'information, participation aux traitements) étaient moins anxieux et présentaient moins de complications postopératoires que ceux qui avaient eu recours à une stratégie évitant (résignation, fatalisme, inhibition).

Une cohorte de sujet a été suivie pendant un an par Holahan et Moos (1986). Parmi les sujet ayant subi le plus d'événements stressants pendant cette période ceux qui avaient utilisé des stratégies évitantes ont eu beaucoup plus de symptômes psychosomatiques à la fin de l'étude (maux de tête, maux d'estomac...etc), que ceux qui avaient utilisé des stratégies vigilantes.

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stresser. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études (Bolger, 1990, Feltonet Revenson, 1984, Terry, 1994). Les stratégies émotionnelles sont très généralement nocives. Certaines d'entre elle, comme la répression des émotions ou l'impuissance-désespoirs se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques) ; ceci d'après les recherches citées ci-dessus et d'après d'autres études (Olf, 1991, Payne et Firth-Cozen, 1987)

Pourtant, tout n'est pas si simple, car l'efficacité d'une stratégie de coping dépend aussi des caractéristiques de la situation (durée, contrôlabilité du stresser).

Un coping centré sur le problème n'est vraiment efficace que la situation est contrôlable face à un événement incontrôlable, les efforts répétés du sujet sont inutile et épuisants et une stratégie émotionnelle évitante (répression) peut s'avérer plus adapter (elle protège l'estime de soi et permet de ne pas être submerger par la detresse).

Donc il n'y pas de stratégie de coping efficace en elle-même, indépendamment des caractéristiques des individus (cognitives, conatives) et celle de situation affrontées (gravité, duré, contrôlabilité). (M .B .Schweitzer, 2002, P 379).

Résumé :

Le coping correspond à un processus que le sujet interpose entre lui et l'environnement. Il présente un caractère dynamique, et peut évoluer en même temps que la situation se modifie.

Le coping mis en place par l'individu permettrait une adaptation plus ou moins efficace aux différentes situations jugées stressantes, ils participeraient à la mise en place de comportements adaptatifs. A la différence des mécanismes de défense, les stratégies de coping peuvent faire l'objet d'un apprentissage, elles sont mobilisées avant les stratégies d'affrontement. Mais toutes deux disposent des mêmes finalités : permet de s'adapter à une situation délicate en retrouvant un équilibre personnel (physique et psychologiques).

Préambule :

Le phénomène de consommation des substances psycho-actives est un véritable fléau social. Malheureusement, ce phénomène touche toutes les tranches d'âge, toutes les couches sociales, ainsi que les deux sexes. Mais chaque personne a son motif de les consommer : soit pour éprouver du plaisir et d'euphorie, pour se conformer aux attentes sociales, pour éviter la douleur, atteindre des états altérés de conscience, y' échapper de la réalité ou pour affronter l'anxiété et le stress.

Malgré la nocivité de substance psycho active sur la santé physique et psychologique de consommateur, les législations relatives aux substances, en raison de considérations historiques, culturelles, politiques ou médicales. Et sont des produits appelées licites (tabac, alcool, médicament...), car elles font l'objet d'une activité économique et commerciale. Donc leur vente autorisée, leur usage réglementé et elles sont largement surtaxe.

1/ Aperçu historique :

Il est admis que depuis l'aube de l'humanité, les premiers hommes avaient observé qu'un jus de fruit exposé à l'air libre devenait en quelque jour, grâce aux levures ambiantes, un breuvage ayant des propriétés psychotropes spéciales, celles-ci furent d'abord utilisées à des fins mystiques et sacrées avant de servir aux usages profanes. (H.Blouche, E.Dépret et Coll, 2002, PP 39-40)

Quatre millénaires avant Jésus-Christ, la bière et le vin étaient connus des sumériens et peut être aussi des chinois .Plus tard chez les grecs, Homère, en parle expressément dans (l'Iliade et l'odyssée), tandis que ces boissons sont fabriquées en Chaldée, en Judée, en Palestine et surtout en Egypte.

Le vin est très cité dans la bible, dans les Evangiles, Jésus-Christ consacre le vin comme matière eucharistique. Les romains connaissaient l'art de le cultiver, de tailler la vigne et de sélectionner les plantes. (Ibid. PP 39-40)

Aux premier siècle de notre ère, l'expansion du christianisme alla de pair avec l'extension de la viticulture en Gaule, quand aux barbares du nord de l'Europe, ils savaient fabriquer une variété de bière la cervoise.

Deux événements majeurs marquent l'histoire de l'alcool :

- 1- Au VII^{ème} siècle : après Jésus-Christ, Mahomet prohiba la consommation de toute substance pouvant nuire à la pureté de l'âme et particulièrement celle du vin, après la mort de prophète, les conquêtes arabes balayèrent pendant des siècles l'usage de l'alcool chez tous peuples islamisés.
- 2- La découverte de l'art de la distillation, à la fin du premier millénaire ne fut connue en Europe qu'au XII^{ème} siècle (Raymond Lulle et Arnaud de Villeneuve), bien qu'il ne soit pas établi si l'invention de l'alambic était due aux Grecs ou aux Arabes.

L'eau de vie (aqua vitae) obtenue grâce à ce procédé ne fut connue comme boisson qu'à partir du XVII^{ème} siècle, ayant été jusqu'alors réservée à des fins pharmaceutiques : préparation des teintures, et à des fins thérapeutiques pour conserver la jeunesse et prolonger la vie.

Depuis Platon, jusqu'à Huss, médecins philosophes, hommes d'Eglise, juristes, écrivains et poètes avaient reconnu le double visage des boissons alcooliques fermentées ou distillées : ferments de réconfort, de joie, de convivialité et « de santé », mais aussi pour certains sources de misère et de déchéance. D'où, dans la littérature mondiale, soit des hymnes de glorification excessive, soit des condamnations véhémentes, par exemple : (après la prohibition islamique, la prohibition des Etats-Unis de 1919 à 1933). « L'eau brûlante » ayant reçu le nom d'alcool vers 1635 (Boweave).

Donc n'est qu'au XIX^{ème} siècle qu'elle fut introduite dans la famille chimique des alcools sous le nom d'éthanol avec la formule (**CH₂ CH₃ OH**). (Ibid. P 40)

2/ Définition de l'alcool :

L'**alcool** ou **éthanol** est une molécule psychotrope produit par fermentation de certains sucres, que l'on trouve selon des teneurs variable dans la bière, le vin et les spiritueux (boisson qui contient beaucoup d'alcool). Il est principalement métabolisé par le foie.

2-1/ Le degré d'alcool d'une boisson alcoolisée :

Le degré d'alcool d'une boisson alcoolisée exprime le pourcentage d'alcool pur contenu dans cette boisson, par exemple, une boisson à **12°** contient **12%** d'éthanol. Il existe deux grands types de boissons alcoolisées :
2-1-1/ les alcools légers : ce sont des boissons alcoolisées contenant moins de **15%** d'alcool pur. Ils sont obtenus par la fermentation des sucres présents dans les fruits, les légumes et les céréales ; c'est le cas du vin ou de la bière.

2-1-2/ Les alcools forts : ce sont des boissons alcoolisées contenant plus de **50%** d'alcool ils sont obtenus par la distillation, c'est le cas du whisky ou de vodka.

Donc l'absorption régulière et répétée de quantités excessive de boissons alcoolisées provoque l'alcoolisme (alcoolo-dépendance). (Y. Bouafai, 2006, P 48).

3/ Le métabolisme de l'alcool dans le corps :

A partir de l'estomac, l'alcool contenu dans une boisson alcoolisée passe rapidement dans le sang, et lorsqu'on boit excessivement, l'ivresse survient rapidement, parfois en moins d'une heure. Pour se débarrasser de cet alcool, le corps active des mécanismes d'épuration : la plus grande partie de cet alcool est dégradée par le foie ; une partie de l'alcool est éliminée grâce aux poumons, dans

l'air expiré, ce qui permet par exemple de réaliser un éthylotest en soufflant dans un ballon spécial. Le rein participe aussi à l'élimination de l'alcool. Tous ces organes souffrent lorsqu'ils doivent dégrader et éliminer l'alcool ingéré.

Donc l'élimination de l'alcool contenu dans le sang exige du temps :

- 1- Il faut deux heures environs pour éliminer un ou deux verres.
- 2- Il faut quelques heures pour un état d'ébriété très léger.
- 3- Il faut huit ou dix heures pour que disparaisse une ivresse franche, même si elle n'est pas apparent. (Ibid. P 51).

4/ Alcoolisme :

De point de vue médical, ce terme peut être pris dans deux acceptions différentes :

- 1- le comportement particulier de certains sujet caractérisés par l'usage excessif des boissons alcoolisées et par la manière d'en abuser : c'est le comportement alcoolique le tout constitue la maladie alcoolique.
- 2- L'ensemble des manifestations liées à une consommation excessive de boissons alcoolisées : c'est le syndrome alcoolique (qui comprend deux types d'alcoolismes : aigu et chronique. (A. Alami, 1983, P132).

4-1/ Alcoolisme aigu :

Est la consommation occasionnelle d'une quantité suffisamment importante d'alcool pour perturber l'état de conscience. Cette perturbation va de la modification de l'état de l'humeur, euphorique, sarcastique, joviale ou agressive, jusqu'à la confusion mental, le coma et même la mort. L'alcoolisme aigu et sur tout l'apanage des jeunes, en soirée notamment ; il est dangereux car susceptible induire quelques fois, par la suite un alcoolisme chronique.

4-2/ Alcoolisme chronique :

Ce terme désigne la consommation anormalement fréquente et à heures variées des boissons alcoolisées. Cette forme d'alcoolisme est surtout l'apanage des personnes d'âge mur.

L'alcoolisme chronique est la forme la plus répandue d'alcoolisme, c'est une forme par fois discrète car l'alcoolique chronique n'est pas souvent en état de franche ébriété ; il se met à absorber progressivement, de plus en plus souvent et de façon fractionnée, des quantités de plus en plus importantes de boissons alcoolisées, sans pouvoir s'en empêcher. L'alcoolique chronique ne confesse généralement pas son problème, et ce sont les moments choisis pour boire qui vont attirer l'attention : la personne qui souffre d'alcoolisme se met à boire régulièrement, à des heures ou moments indus, le matin au réveil, ou pendant les heures de travail, ou encore au milieu de la nuit en cas d'insomnie...Etc. La situation peut être délicate lorsque l'alcoolique nie carrément son problème, se considérant boire modérément et refusant d'entendre dire qu'il boit trop. Le dialogue et la qualité des rapports humains prennent alors leur place pour mettre l'alcoolique en confiance et lui proposer un sevrage. (Y .Bouafia, 2005, P 5).

4-3/ les circonstances qui favorisent la survenue d'un alcoolisme chronique :

- 1- La répétitivité de l'absorption de boissons alcoolisées, dan l'adolescence notamment, ou lors de soirées festives, peut engendrer plut tard une dépendance à l'alcool.
- 2- certains habitude sociales, comme c'est le cas sous certaines latitudes ou la boisson alcoolisée ; même avec excès, est admise ou l'encouragée.
- 3- Certaines professions, aux nombreux cocktails et diners, exposent à l'alcoolisme.
- 4- L'association tabac alcool augmente les risques de dépendance à l'alcool.
- 5- Le stress ou la déprime peuvent entrainer un alcoolisme, surtout si la personne s'isole.

6- L'alcoolisme demeure parfois inexplicé. (Y. Bouafia, 2005, P 54)

5/ Les facteurs du syndrome alcoolique :

5-1/ Les facteurs psychologiques :

La consommation pathologique d'alcool est liée à ses effets psychotropes : le plaisir pour beaucoup, et l'annihilation de l'angoisse pour certains .Or, l'angoisse, symptôme majeur de la pathologie mentale, peut selon, J. Bergeret être l'expression d'une structure névrotique ou d'une structure psychotique, ou celle de certains états limites. Le recour à l'alcool peut apaiser les tensions, mais temporairement, d'où nécessite de nouvelles libations, ce qui peut être une voie d'entrée dans la dépendance.

La psychiatrie traditionnelle s'est montrée peu féconde dans ce secteur, sauf en ce qui concerne les relations entre alcoolisme et dépression. La psychanalyse a mis en cause des anomalies ou des altérations des schémas identificatoires initiaux, et des déficits narcissiques. Mais l'ensemble des travaux actuels ne permet de tracer aucun profil type. (H.Blouche, E.Dépret, et Coll, 2002, P 49)

5-2/ Les facteurs physiologiques :

Ils constituent l'ensemble des dispositions somatiques ou des prédispositions atypiques susceptibles d'influencer la vulnérabilité et la tolérance à l'alcool. Plusieurs hypothèses relatives aux mécanismes biochimiques ont été émises : au niveau des neurotransmetteurs, au niveau du métabolisme cérébrale et au niveau des membranes neuronales en fonction de leurs structures. Les travaux de ce type sont au centre de l'intérêt des chercheurs contemporains. De même, des études génétiques qui posent le problème de la transmission d'une disposition héréditaire provoquent une vulnérabilité innée à l'alcool ont mis en évidence, grâce à l'observation de jumeaux ou d'enfant adoptés, (la part probable d'un facteur héréditaire). (Ibid. P 49).

5-3/ Les facteurs socioculturels :

Par facteur socioculturel, on entend l'ensemble des influences qui exercent sur l'individu en tant qu'il appartient à certain milieu, qu'il fait partie d'un groupe défini.

L'influence de la structure de société, rurale ou urbaine, dans laquelle vit l'individu joue un rôle important. De plus cet individu évolue à un niveau professionnel stable ou variable à l'intérieur de la pyramide sociale. Enfin, les modalités de son éducation, la position de son groupe social vis-à-vis de l'alcoolisme pèsent sur les conduites individuelles ou collectives.

Les attitudes culturelles à l'égard de l'alcool s'expriment dans les enquêtes d'opinion publique. L'alcool symbolise et évoque beaucoup plus les réunions agréables et bons repas que les déchéances éventuelles qu'il peut entraîner tout en rejetant l'alcoolique, donc l'opinion publique admet le mythe de l'ivresse joyeuse et virile.

5-4/ Les facteurs économiques :

Ils constituent l'ensemble des éléments concernant la production, la distribution et la consommation d'alcool ainsi que les pressions exercées sur le groupe ou les individus qui ont des intérêts engagés dans ce secteur de l'activité. Exemple : la France est le premier producteur mondial du vin, avec les producteurs de bière, de cidre, d'eau de vie, avec aussi tous ceux qui ont affaire au commerce ou à l'industrie des boissons alcooliques. On compte 3,5 millions de personnes, soit plus de 10% de la population active, si l'on ajoute 20% des exportations agroalimentaires françaises qui sont constituées par les boissons alcooliques ont mesuré l'importance des intérêts en jeu les prix de vente sont relativement bas. (Ibid. P 50).

Les efforts de diffusion, de présentation et d'accessibilité sont manifestes, soutenus par une publicité importante.

6/ Le malade alcoolique selon le guide pratique de la psychiatrie :

Un malade alcoolique et un sujet alcoolo-dépanadant, il ne peut contrôler durablement la quantité d'alcool qu'il prend. Il boit pour les effets psychiques que procure l'alcool : l'euphorie, le courage d'affronter une situation qu'il redoute, ce qu'il compte pour les alcooliques sont les quantités d'alcool et non la qualité.

6-1/ Les caractéristiques de la maladie alcoolique :

- 1- Une perte de contrôle de la consommation de boissons alcoolisées.
- 2- Une préoccupation centrée sur l'alcool.
- 3- Une utilisation d'alcool malgré ses conséquences néfastes.
- 4- Des distorsions dans le fonctionnement de la pensée plus particulièrement marqué par un déni.

7/ Les effets de l'alcoolisme (aigu et chronique) sur la santé :**7-1/ Les effets psychologiques :**

L'alcool a un effet psychotrope modifiant la perception de la réalité, il a une action euphorisante et anxiolytique. IL n'est des lors, pas étonnant qu'il soit un refuge en cas de stress, de déprime, de solitude, etc. Cela explique la dépendance qu'il génère, et les troubles du comportement qui l'accompagnent :

- 1- L'alcoolique peut se montrer lunatique, tantôt jovial, confiant, euphorique, ou au contraire, silencieux, mélancolique, voilant. Ses réactions sont parfois disproportionnées par rapports aux événements.
- 2- Irritation et sautes d'humeur se mettent progressivement à émailler la vie de l'alcoolique ; ses proches le trouvent changer .Il est de plus en plus souvent esseulé car il choque ou indispose son entourage.
- 3- Les performances intellectuelles diminuent, la mémoire devient défaillante.
- 4- Il nie souvent sa maladie, et n'en a parfois pas conscience, l'alcoolique est convaincu de pouvoir s'arrêter de boire du jour au lendemain s'il le désire, ce qui est souvent illusoire.

5- Il est plus en plus distant et démotivé vis-à-vis des événements de sa vie privée et professionnelle.

6- Parfois, l'alcoolique est victime de troubles graves : délire, hallucinations, coma...etc.

7-2/ Les effets physiologiques :

D'après les effets physiologiques l'alcoolisme entraîne une altération progressive et insidieuse de l'état de santé, aboutissant à la dégradation parfois avancée de multiples organes vitaux comme le foie le cœur ou le cerveau. L'alcoolisme est parfois fatal. Les effets les plus connus de l'alcoolisme sont :

1- L'inflammation de l'œsophage, la gastrite et l'ulcère de l'estomac.

2- L'inflammation du larynx, notamment si un tabagisme est associé .Un cancer du larynx est possible.

3- Sur le foie, l'alcool entraîne hépatite et cirrhose, qui peuvent dégénérer en un cancer.

4- Il est aussi responsable de la pancréatite, une maladie grave de pancréas.

5- Sur le cœur, il s'installe une baisse des performances, réversible au début si la personne renonce définitivement à toute boisson alcoolisée .Un alcoolisme persistant entraîne une insuffisance cardiaque permanente, qui évoluera ensuite pour son propre compte

6- Sur le système nerveux, les troubles sont variés, et des symptômes discrets s'aggravent progressivement. Il peut s'agir de la perte de réflexes, de tremblements, d'une diminution de la force musculaire, etc.

7- le bilan sanguin peut être perturbé, notamment avec une anémie et un trouble du métabolisme des graisses (augmentation du cholestérol et des triglycérides).

8- Sur le plan sexuelle : la libido est diminuée, et l'impuissance fait partie des problèmes liés à l'alcoolisme.

9- L'alcool fragilise les vaisseaux sanguins .C'est visible sur le visage d'un buveur, avec l'apparition sur les joues et les ailes du nez de stries rougeâtres et disgracieuses, caractéristiques.

10- L'alcool génère un risque cancéreux car il a la faculté de capacité certaines substances ou cellules cancéreuses.

11- L'alcool accentue l'effet des psychotropes comme les anxiolytiques, les somnifères et autres médicaments psycho-actifs, ce qui peut entraîner une intoxication aiguë, (les poly consommation).

12- La toxicité de l'alcool sur le corps est accentuée lorsque 'on prend des médicaments.

Parfois, l'alcoolique ne ressent aucun symptôme, il a la sensation et l'apparence d'être en pleine forme ; il n'en est pas moins malade, et en train de détériorer insidieusement son état de santé .Certains rares symptômes ne sont pas toujours révélateurs d'un alcoolisme, une toux sèche et chronique par exemple, que l'on ne pense pas à rattacher à l'alcoolisme, et qui en est pourtant un signe à prendre en compte chez une personne qui boit régulièrement.

Consommer de l'alcool est déconseillé pour tout le monde, ce afin préserver sa bonne santé physique et mentale. Certaines situations interdisent même carrément d'en consommer : la grossesse et l'allaitement, la prise de médicament, une maladie du cœur, du foie, de la sphère ORL ou de l'appareil digestif etc. Les personnes qui transgressent ces interdictions s'exposent rapidement à des conséquences graves sur leur santé. (y. Bouafia, 2006, PP 54-56)

8/ Affirmation de l'alcoolisme et dépistage :

Selon le bilan clinique et biologique, l'évaluation d'un sujet qui présente un problème lié à l'alcool devrait comporter :

- 1- un examen physique complet : tels que tremblement, fatigue, trouble respiratoire...
- 2- Un dépistage d'autres signes d'alcoolisme : dans l'histoire médicale, tel que des problèmes passés et d'actuelles d'hyper-uricémie, de trouble gastro-intestinaux, d'hypertension artérielle, trouble de mémoire, l'insomnie, de malnutrition et de diabète instable.
- 3- Un bilan biologique : numération de formule sanguine ; créatinémie, glycémie, cholestérolémie, électrophores des protéines, la taille du foie, le poids, etc. (J.P.Clément, N. Darthout, P. Nubukpo, 2006, P19).

9/ Alcool et les jeunes :

Les jeunes sont surtout concernés par l'alcoolisme aigu lié aux moments festifs, aux défis qu'ils se lancent, ou à un défaut de vigilance parentale. Ils supportent moins les alcools forts que les adultes, mais ils veulent y goûter quand même ; ils font alors des mélanges, sodas, jus et alcool forts, auxquels ils donnent des noms exotiques. La consommation excessive de cocktails alcoolisés présente deux dangers principaux :

En premier lieu **Immédiatement** : ces mélanges font perdre aux jeunes la mesure des quantités d'alcool réellement absorbées, et l'ivresse survient alors qu'elle n'était pas spécialement préméditée. Cette situation peut faire perdre le contrôle de soi, ce qui peut aboutir à des comportements dramatiques. Au volant, l'accident est quasi constant.

En deuxième lieu **avec le temps** : la tolérance à l'alcool augmente, incitant à consommer des alcools forts, ce qui peut plus tard entraîner un alcoolisme chronique.

9 -1/ La sensibilisation des jeunes aux méfaits de l'alcool :

Il est importante sensibiliser les jeunes aux méfaits de l'alcool. S'ils en consomment, il faut leur parler et tenter de les raisonner plutôt que de les rejeter, afin de pouvoir leur expliquer les dangers qui les guettent, et dans l'espoir de faire renoncer à l'alcool, ou de leur inculquer une certaine prudence. Globalement, les études montrent que :

- 1- Avant 14 ans, peu de problèmes se posent car les enfants ne boivent pas.
- 2- Entre 14 et 16 ans, la tentation de boire résulte de l'imitation de ce qu'ils voient à la télévision ou dans la société.
- 3- Après 16 ans, le risque de se mettre réellement à boire apparaît et le rôle protecteur parental prend toute sa dimension.

10/ Alcool et grossesse :

L'alcool traverse rapidement le placenta, et se retrouve dans le sang du fœtus. Donc si une femme enceinte boit, et si son alcoolémie augmente, celle du fœtus augmente également, ce qui est très toxique pour lui ; l'alcoolémie du fœtus peut même augmenter plus rapidement que celle de sa maman. Il est donc faux de considérer que si une femme enceinte ne boit que très peu, son fœtus sera à l'abri. En fait, une femme enceinte ne doit pas absolument pas consommer des boissons alcoolisées, afin de ne pas empoisonner l'enfant qu'elle porte.

(Y. Bouafia, 2006, p 58).

10-1/ Les effets toxiques de l'alcool sur le fœtus :

De la même manière que certains virus ou bactéries, l'alcool perturbe profondément le déroulement de la grossesse, surtout durant les trois premiers mois. Une femme enceinte qui consomme de l'alcool expose donc sa grossesse et son enfant à des conséquences graves :

- 1- Des mal- formulations du fœtus, un retard de croissance, une fausse couche, une mort in utero.

- 2- Une femme alcoolique risque de mettre au monde un nouveau-né alcoolique, dont le poids et la taille sont inférieurs à la normal, et qui présentera rapidement des signes de souffrance liés au sevrage alcoolique.
- 3- Le nouveau né devra être désintoxiqué .Le bébé souffrira par la suite d'un retard dans son développement psychomoteur : l'apprentissage sera lent, les acquisitions retardées ou imparfaites, et il souffrira de troubles du langage.

Afin de ne pas mettre au monde un enfant physiquement et mentalement malade, une femme qui souffre d'alcoolisme doit renoncer à entreprendre une grossesse tant qu'elle n'est pas complètement sevrée.

Si la grossesse survient de façon imprévue, le sevrage alcoolique doit être immédiat afin de ne pas entraver le bon déroulement .En outre, cette femme parer à toute complication et afin d'éviter une rechute ; devra rester en contact permanent avec la structure sanitaire, ou seront prodigués les bons conseils pour gérer ce sevrage brutal et plus ou moins imprévu.

11/ L'alcool et la conduite automobile :

L'alcool modifie profondément le comportement et les perceptions du conducteur, ce qui se traduit par une incapacité totale de conduire, en effet :

- 1- Son champ de vision est réduit, et il ne distingue plus correctement les trottoirs, ni les véhicules qui viennent en sens inverse .Il y a une perte du sens du gabarit du véhicule.
- 2- Le conducteur ivre fait preuve d'excès de confiance en soi et en son véhicule. Le sentiment de peur au volant disparaît, pour laisser la place à de l'audace et de la prise de risque, dictés par une sensation de puissance et de maîtrise en toute situation.
- 3- Il roule vite, freine tard et évite difficilement les obstacles. Il a des réflexes ralentis. (Y. Bouafia, 2006, p 60).

La conduite est donc modifiée sous l'action de l'alcool, et ce dans le sens d'une importante prise de risque, et un accident finit toujours par sanctionner en état d'ivresse. Voilà pourquoi il ne faut absolument pas passer outre l'interdiction de conduire quand on a bu. Le sujet plus ou moins ivre se déclare, malgré les protestations de son entourage, apte à prendre le volant ; il insiste et rassure sur ses capacités. En plus de mettre sa vie en danger, il expose celle des autres. Il ne faut donc pas hésiter à lui ôter les clés de contact, même s'il proteste vivement ; de toute façon, en cas d'ébriété la force musculaire est largement diminuée et malgré les apparences, il n'est pas bien difficile de maîtriser une personne ivre.

La consommation d'alcool et la conduite automobile sont normalement inconciliables. Toute fois, les lois autorisent des seuils d'alcoolémie variables d'un pays à l'autre, allant de **0,4 g/** à **0,6 g**. Mais les seuils admissibles pour une conduite sans risque ont été régulièrement revus à la baisse ces dernières années, en fonction du risque encouru, et en fonction des connaissances scientifiques concernant l'influence de l'alcool sur l'état de conscience et sur le comportement.

Il semble aujourd'hui que **0,5 g** soit le seuil à partir duquel le risque d'accident est réel. Ce seuil correspond à trois consommations alcoolisées, par exemple, deux verres de vin et un apéritif, ou deux bières et un verre de vin, ou encore trois bières.

Pour ne pas atteindre ou franchir ce seuil limite de **0,5g/ l** d'alcool dans le sang, un consommateur de boissons alcoolisées, s'il doit ensuite prendre le volant, devra limiter sa consommation à deux verres. Il sera à l'abri de la survenue d'un accident de la circulation dont il serait responsable. Il faut se rendre à l'évidence que ce seuil est très vite atteint ; la leçon à en tirer est qu'il ne faut pas conduire après avoir bus.

Lorsque prévoit de se déplacer et de consommer des boissons alcoolisées, même modérément, il est judicieux de prévoir un moyen de se faire raccompagner à domicile, par exemple en taxi ou par un ami sobre. Ne jamais oublier que l'alcool au volant, c'est la mort au tournant. La sienne de mort, mais peut-être aussi celle d'innocent passagers embarqués avec soi, ou dans la voiture en face.

12/ Les approches psychopathologiques de l'alcoolisme :

Les approches qui ont tenté d'expliquer l'addiction et la consommation d'alcool sont nombreuses, pour cela, nous allons nous intéresser à une approche de grand courant théorique, et dans cette recherche nous avons choisi comme référence théorique l'approche cognitive-comportementale.

12-1/ Les thérapies cognitives et comportementales :

Les thérapies cognitives comportementales ont démarré avec le conditionnement classique de Pavlov au années 60, au départ focalisé sur le comportement de prise de boisson, il s'est enrichi des données apportées par le modèle du conditionnement opérant. (D. Eraldi-Gackiere, 2006, p 41).

La prise en charge s'est orientée vers la recherche des situations à haut risque et les facteurs de maintien du comportement, ce qui a permis d'élaborer des traitements focalisés sur l'apprentissage de compétence alternatives à la consommation d'alcool. Les aspects cognitifs ont ensuite été introduits : attentes, sentiment d'auto-efficacité ont été introduits dans les traitements, cette évolution a amené l'intérêt sur la question de la motivation qui devenu une question et une cible prioritaire, préalable à une thérapie centré sur la modification du comportement d'alcoolisation proprement dit.

Les objectifs des thérapeutiques sont passés de l'objectif de convaincre (confrontation de la situation) à l'objectif d'aider à murir la motivation au changement. De plus, les personnes ayant des problèmes modérés ou moyen c'est-à-dire ne souffrant de dépendance sévère avec symptômes intenses de sevrage, sont peu pris en compte ce qui conduit à développer les traitements en ambulatoire courts avec objectifs flexibles. Ainsi que des interventions de thérapies cognitives et comportementales brèves que (Sobelle 2000) appellent « modification personnelle assistées du comportement » (MPC), se développent pour « les buveurs problèmes ». Puisque des gens peuvent changer sans pris en charge explicite. Il semble que l'éthique ai conduit les thérapeutes à envisager des traitements bref en premier intention dans de nombreux cas et de n'envisager des thérapies plus lourdes

et plus longue qu'en cas d'échec des traitements courts. Il ne faut pour autant ne pas oublier les patients sévèrement dépendants qu'ont donc besoin d'une prise en charge longue et qui doivent encore être améliorées. Notamment proposées comme l'exposition aux indices les patients dépendants, ayant un faible niveau d'efficacité perçue et une anxiété élevée face à la rechute.

Donc le traitement des TCC est défini en fonction de trois étapes essentielles :

- 1- une analyse symptomatique du comportement problème dans toutes ses composantes : comportementales, cognitives et émotionnelles, et sur le plan pratique, la recherche des alternatives à la consommation.
- 2- une prise en charge de la dépendance globale qui au delà du symptôme avec le concept de qualité de vie, sur le plan thérapeutique la prise en charge corporelle, la restriction cognitive selon le modèle du Beck, sont préconisées ainsi que les techniques de développement de l'assertivité.
- 3- le travail cognitivo-comportemental de l'individualisation et la prévention de la rechute qui se développe. (D .E. Gackiere, 2006, P 33)

Donc les thérapies comportementales et cognitives ont apporté une contribution significative dans les principaux domaines de la psychopathologie.

L'intérêt et l'efficacité des TCC dans l'alcoolisme sont reconnus officiellement par plusieurs organisme tel que : l'**OMS** (Organisation Mondial de la Santé), L'**APA** (Américain Psychologiste Association), la **SFA** (Société Française d'Alcoologie)...etc.

13/ La prise en charge :

La prise en charge thérapeutique de l'alcool-dépendance est longue et complexe, la cure de sevrage n'est pas une fin en soi, bien qu'il faille viser l'arrêt total de l'intoxication. (E. Pewzner, 2003, p 165).

Comme la prise en charge nécessite le plus souvent une hospitalisation tant pour réaliser un sevrage que pour évaluer les conséquences psychosomatiques et leur traitement le cas échéant. Donc, à ce titre, le traitement de l'alcoolisme est éminemment psychologique. Il n'existe pas de médicament miracle qui fasse renoncer à l'alcool. Ceux éventuellement prescrits renforcent le sevrage, mais ne remplacent en rien la détermination du buveur à s'arrêter de boire.

Résumé :

L'alcoolisme entraîne des maladies psychologiques et physiques graves ; certaines sont connues, les maladies du foie notamment, d'autres beaucoup moins, et ce sont les plus nombreuses : maladies cardio-vasculaires et digestives, entretien et aggravation des problèmes psychologiques.

Le coût social des dommages causés par l'alcoolisme est très élevé. Pour lutter contre ce fléau, il est important de veiller à en préserver les plus jeunes, et d'inciter ceux qui s'y adonnent à limiter leur consommation. Dans ce but, un dialogue constructif, bâti sur les arguments objectifs et intelligemment distillés, est meilleur moyen de convaincre de la nocivité de l'alcool, et l'intérêt d'y renoncer.

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et la population d'étude, les techniques, les outils de recherche qu'on a utilisés et le déroulement de la pratique. Afin, de cerner notre thème de recherche qu'est : « *Les stratégies du coping chez les alcooliques* ».

1/ La présentation du lieu de recherche :

Nous avons effectué notre recherche au sein du centre de prise en charge des toxicomanes nommé (C.T.S.T), qui a été crée en **2011**.

Le Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanes (C.I.S.T) est conçu pour la prise en charge des toxicomanes de toutes autres wilayas que Bejaia.

1-1/ Le rôle de C.I.S.T :

Son rôle est d'abord préventif (sensibilisation et physiothérapie) puis curatif. Dans un deuxième lieu (psychothérapie, entretien motivationnel et réadaptation.

1-2/ Infrastructure et fonctionnement :

Situé à la polyclinique **IHADADEN** et rattaché à l'**EPSP** de Bejaia sa structure est :

- L'accueil : le service est disposé de l'accueil à l'entrée principal avec agent d'accueil et agent de sécurité.
- Le laboratoire : doté d'équipement nécessaire au bilan général ainsi qu'au stockage toxicologique.
- Salle de réunion : son but est l'étude de cas clinique et la communication entre les professionnels.

- Salle de sport : bien équipée a le rôle de la physiothérapie.
- Salle d'internat : pour l'initiation informatique et réadaptation.
- Salle de thérapie de groupe, Cafeteria, bibliothèque, salle de dessin: non encore équipé
- Service social : pour conseils sociaux et juridique (dispose d'une juriste et une sociologue).
- Service de communication : dont le rôle est de préparer les activités de sensibilisation.
- Bureaux pour consultation psychiatrique : vu la forte corrélation entre la pathologie psychiatrique et la toxicomanie le rôle des psychiatres est indispensable.
- Bureaux pour consultations psychologiques : pour le suivi psychologique.

2/ La méthode de la recherche :

Toute recherche comporte le choix d'une méthode ou d'une démarche pour obtenir une garantie scientifique.

M. Angers 1994, définit la méthodologie comme étant « un ensemble de méthodes et de techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique ». (M. Angers, 1994, P 58).

Pour **Lazarre** (1978) une méthode : « est une démarche complète issu des objectifs d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leur vérification ».

(Kh. Chahraoui, H .Bénony, 2003, P 193).

2-1/ La méthode descriptive :

La démarche est la manière de faire une chose suivante des principes, certaines règles et selon certaines ordres pour parvenir à un but. De ce fait notre travail s'est basé sur une stratégie bien précise de la recherche, en s'appuyant sur la méthode descriptive. Les chercheurs en psychologie clinique font principalement confiance aux méthodes descriptives, en tentant de donner une image précise et

fidèle d'un phénomène ou d'une situation donnée.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir une relation cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes.

Notre étude consistera à utiliser cette méthode (descriptive), dans le but de décrire les alcooliques.

2-2/ L'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, et historiquement elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées.

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, comme elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests, questionnaires, échelles...etc.), afin de mieux comprendre le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence la logique de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante.

Donc cette description précise la situation complexe d'un sujet à formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble.

L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses.

(KH. chahraoui, H.Bénony, 2003, P125-127)

3/ Les techniques utilisées :

Pour répondre à la question de notre recherche, de vérifier nos hypothèses, on a opté d'utiliser dans notre étude la méthode clinique et ses différents techniques : l'entretien clinique et l'échelle du coping de « Sylvie Esparbes, Florance Sordes-Ader et Pierr Tap »

3-1/ L'entretien clinique :

L'entretien clinique avec le patient ou avec son entourage représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événement, vécu, représentations, croyances, émotion, histoire ...etc.

Selon, C. Chiland (1989) l'entretien est « une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles, avec une ou plusieurs personnes, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». (Kh. Chahraoui, H.Bénony, 2003, P 142).

Donc l'entretien clinique est une technique intéressante mais complexe qui nécessite une formation spécialisée (professionnelle) vu que l'accès à l'information dépend de la relation établie entre le sujet et le clinicien, et qui répond à des objectifs (recueillir des informations sur le psychisme du sujet).

Dans notre cadre de recherche et se qui concerne la qualité des informations recherché dans notre étude .on à opté l'entretien clinique semi-directif, pour guider les sujets qui nous semblaient utiles d'explorer et on garantissant la liberté de parole.

3-1-1/ L'entretien clinique (semi-directif) :

« Favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse » (Ibid., P 32).

Donc, dans l'entretien semi-directif le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien.

« Le guide d'entretien invite le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour répondre un point de vue évoqué par le sujet ». (A. Lavarde, 2008, P194)

Notre guide d'entretien est divisé en quatre Axe, chaque Axe contient des questions principales et des questions secondaires, elles sont directives ou semi-directives et seront posées de la langue maîtrisée par le sujet, et ce guide permet d'obtenir de maximum d'information et de compléter l'échelle.

- **Axe I** : Contient renseignements personnels
- **Axe II** : Des renseignements sur la consommation de l'alcool
- **Axe III** : Renseignement sur de faire face ou stress à la dépendance
- **Axe VI** : Renseignement sur ses relations.

Remarque : le guide d'entretien sera présenté dans les annexes.

3-1-2/ Les échelles cliniques :

La clinique dite « instrumentale » s'appuie sur des instruments proprement psychologiques préparés et élaborés avant la rencontre avec le sujet. Les informations issues des échelles cliniques ont pour objectifs de préciser le diagnostic symptomatique ou syndromatique, des caractéristiques psychologiques,

mais aussi le fonctionnement psychique du sujet.

(KH .Chahraoui, H.Bénony, 2003.P 33).

4/ L'échelle du coping :

4-1/Définition :

Le test de « *coping* » est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la façon dont les individus font face et réagissent à une situation stressante. Il est composé de **54** items.

4-2/ Historique du test :

Le recensement des travaux sur le coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposées pour décrire ce processus.

Pour **LAZARUS** et **FOLKMAN** (1984), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre, deux dimensions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques.

- Une focalisation sur le problème (réflexion et intervention).
- Une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée).

Selon **Pearlin** et **Schooler**, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésés par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. La première fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources de tension), la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'impact de l'événement par la signification), et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse (gestion de stress) d'autres auteurs (Billings et Moos, 1981, Seiffge-Krenke, 1984) proposent aussi un modèle à trois dimensions.

Par contre, **Carver, Scheier et Weintraub** (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, les auteurs les ont regroupées selon cinq champs : le champ comportemental (résolution de problème et retrait comportemental), le champ cognitif (stratégies de planification..), le champ émotionnel (débordement, envahissement des émotions), les mécanismes de défenses (déli, addictivité) et les rapports sociaux (stratégies de demande d'aide). Ces auteurs font du coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines n'étaient pas prise en compte jusque-là.

Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes. Les auteurs proposent une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (behavior), informationnel (cognitif) et affectif (émotion).

4-3/ Construction :

1- le contenu :

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'Action (champ conatif), l'Information (champ cognitif) et l'Emotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (focalisation, support social, retrait, conversion contrôle et refus), chaque champ est constitué de 6 dimensions, et chaque stratégie comprend 3 dimensions. L'échelle est donc constituée de 18 dimensions. Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en Cinq point.

2- Présentation des stratégies et des dimensions :

- **la focalisation active et cognitive :** implique de se concentrer sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation affective (émotionnelle) implique en fait l'envahissement d'émotion spécifique (agressivité et culpabilité).

- **Le support social :** implique une demande d'aide en termes cognitif (conseils, information) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance), il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.
- **Le retrait :** le sujet se replie sur lui-même, essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans les rêves ou dans l'imaginaire ou en adoptant des conduites de compensation (nourriture, drogue, tabac, médicament..).
- **La conversion :** implique le changement, la transformation des comportements. Des positions cognitives (acceptation) ou des valeurs (se tourner vers dieu, se donner une philosophie de vie, plaisanter sur le sujet).
- **Le contrôle :** implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements ou des activités, et la contention des émotions.
- **Le refus :** le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelque chose de plus agréable. Il a des difficultés à décrire ses émotions.

3/ Administration et notation :

1- Administration :

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées.

2- **Notation :**

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1 à 54 dans l'ordre du test. Ensuite 5 types de notes finales sont possibles, aux choix ; avec **la feuille de dépouillement 1**, on obtient :

- 1- une **note par dimension** : c'est la somme des 3 phrases constituant la dimension. il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex : pour la dimension A : additionner les scores obtenus aux phrases 1, 19 et 37).

Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus « fines » de l'échelle

- 2- Une **note par champ** : c'est la somme des 6 dimensions constituant le champ. (Case blanche non grisée). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée (ex : pour le champ d'action : additionner A, B, C, D, E, F et inscrire la somme dans la case Total).

Ainsi nous pouvant observer la réaction privilégiée du sujet dans les trois champs.

- 3- Une **note générale** de coping : c'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case Totale G)
- 4- Une note de **coping positif** et une note de **coping négatif** : il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées Positif, Négatif et dans

les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case Total de cette ligne (il en est de même pour le coping négatif). Grâce à ces deux notes de coping positif et négatif, on peut vérifier l'adéquation de la réponse du sujet avec la réponse de « désirabilité sociale ».

Avec **la feuille de dépouillement 2**, on obtient :

Une **note totale par stratégies** ; il suffit de rapporter par ligne (ex : Action A, B, C, D, E, F) les notes obtenues aux dimensions (feuille de dépouillement 1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne (ex : Focalisation : additionner A, G, M). on obtient ainsi une note pour chaque stratégies.

Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (S. Esparbés et coll, 1989, pp 90-99).

5/ La population d'étude :

Nous avons retenu pour sélection de choix de la population d'étude tous les cas répondant à l'objet de notre recherche et à partir le diagnostic (présenté une dépendance et ce diagnostic et mentionné dans son dossier dans le centre)

La population de notre recherche est bien les personnes qui sont dépendants à l'alcool, inséré dans ce centre de prise en charge. Ils sont au nombre de (06) cas âgé entre 30 à 39 ans des niveaux socio-économique différents.

5-1/ Critère de sélection de la population :

Lors de la sélection de notre population d'étude on a du respecter les critères d'homogénéités suivants :

- tout les cas de notre population d'étude sont du sexe Masculins.
- La substance consommée : l'alcool
- Touts les cas sont des adultes âgés entre 30 à 39ans.
- Consomment l'alcool au mois depuis 05 ans.

6/ Le déroulement de la pratique :

Notre pratique s'est déroulée durant une période de deux mois s'étalant du 07/03/2013 au 07/05/2013 au centre de prise en charge des toxicomanes de la wilaya de Bejaia.

Après avoir l'accord favorable du Directeur et les psychologues du centre on a essayé d'avoir le contact avec des personnes ayant une dépendance à l'alcool. Dans le but de gagner leur confiance et leur expliquer le but de notre recherche, on assurant la confidentialité et l'anonymat des entretiens et les résultats de l'échelle.

Nous entretiens ont été réalisés en fonction de leur disponibilité et leur compréhension, par la suite, la passation de l'échelle du coping.

Les entretiens ont été effectués dans le bureau de psychologue, qui nous à orienté tout au long du stage. Les questions de guide d'entretien ont été posées en langue Française, pour les personnes qui maîtrisent bien cette langue.

Résumé :

Dans cette partie méthodologique, considéré comme la dernière phase de la recherche, qu'on peut décrire comme tentative de tester et vérifier nos hypothèses à travers l'utilisation des outils d'investigation (l'échelle du coping), et après, avoir décrit notre terrain d'étude, l'échantillon qui répond à l'objectif de notre étude (les sujets alcooliques), afin d'interpréter, discuter et d'analyser nos résultats.

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, on abordera une partie très importante qui sera consacré sur la présentation de nos six cas clinique. A partir des donnes recueillies dans notre recherche. On deuxième lieu nous allons essayer d'interpréter et analyser les informations recueillies à travers les entretiens et les résultats de l'échelle du coping.

Présentation des cas :**Présentation du 1^{er} cas :**

Il s'agit de **Mr K.A** âgé de 31ans, d'un niveau d'instruction de 7^{ème} année moyenne, et qui travaille comme manoeuvre. Il est le 5^{ème} d'une fratrie de 10 ; 05 filles et 05 garçons. Son père s'est remarié 03 fois.

Mr K.A est originaire de Ttizi Ouazou, marié et père d'un garçon de 2ans, il a quitté sa région natale pour s'installer à Béjaia avec sa petite famille, suite aux difficultés familiales avec sa grande famille.

Résumé de l'entretien :

L'entretien avec Mr K.A s'est déroulé au bureau du psychologue. Il est orienté par un psychiatre pour une prise en charge psychologique. Lors du premier contact, il s'est montré très calme, triste, déprimé avec une lenteur dans sa démarche.

Mr K.A, a commencé la consommation d'alcool à l'âge de 20ans, par simple curiosité, pour expérimenter l'effet d'alcool sur lui.

Il nous a dis « je suis un homme, et je dois expérimenter toutes les choses, non ? », il rajoute: « après j'ai découvert que l'alcool me calme et diminue mon stress, alors j'oublie tout.. ».

Par la suite, il devient son stratégie de faire face aux difficultés « quand je me sens pas bien, ou j'ai des problèmes avec ma famille ou, au travail je les règle avec l'alcool quelque soit sa nature, vin, bière.. ».

Mr **K.A** nous raconte «La raison pour laquelle j’ai quitté ma région natale c’est à cause de mon père, et mes frères qui sont tout le temps derrière moi, pour eux je rentre tous les soirs en état d’ivresse », « je suis mal vu par ma famille et mon entourage ». Notre cas vit une situation délicate, il n’arrive pas à renouer avec sa famille, ou il préfère de s’isoler.

Il justifie cette attitude en disant : « sois disant que, l’alcool me cause des problèmes, je suis le seul concerné, alors pourquoi les autres me rapprochent »

Notre cas nous affirme qu’il aime bien son fils, mais qu’il n’arrive à lui offrir f, ni maison, ni un travail stable « je me suis pour rien et je me sens inutile »

Présentation des scores de l’échelle du coping :

Tableau n° (1) : résultats cas (1)

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	2	1	4	2	5	4	5	5	1	3	5	3	2	5	5	2	5	3		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	3	1	5	2	1	5	5	2	1	5	3	3	3	3	5	4	3	4		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	3	1	5	4	5	3	5	3	5	5	3	5	1	4	5	3	3	2		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G
ACTION	8			8			15			13			6			9			59	177
INFORMATION		3			11			10			11			12			11		58	
EMOTION			14			10			7			11			15			9	66	
POSITIF	8	3		8				10	7		11					9	11	9	76	
NEGATIF			14		11	10	15			13		11	6	12	15				107	

Analyse des résultats :

D’après l’analyse des données de l’entretien semi directif, et les résultats des scores de l’échelle du coping, on peut constater que Mr **K .A**, notre 1^{er} cas, utilise des stratégies du coping liées à l’émotion selon les résultats de ces réponses(66). Se sont des stratégies de faire face qui focalisé sur le **retrait social**, toutes ces réponses en références aux : item N°7 « j’évite de rencontrer des gens ».Et item N°25 « il m’arrive de ne pas faire ce que j’avais décidé », ainsi que itemN°43 « je me mets en retrait par rapport aux autres », selon ces items notre 1^{er}cas reprend par un degré de 05.

Ainsi que notre cas n'arrive pas à résoudre ses stressors, il 'accepte ses problèmes où il apprend de vivre avec, item N°8 : j accepte le problème s il est inévitable (l **acceptation**), ainsi que dans item N°21.39, il répond par un degré de 05 (très souvent) et qui signifie l (**addictivité**).

Selon l'analyse de l'entretien et l'échelle du coping, qu'on affirme que Mr **K.A** a touché l'alcool par simple curiosité et pour découvrir le plaisir de se divertir, et ce qui lui fait tomber dans la dépendance, ou il n'arrive pas à affronter les situations et de faire face aux événements, c'est un coping négatif selon les résultats de scores (107).

Un coping négatif lié à l'émotion, qui se traduit par son repli sur soi, le manque de volonté de dépasser et d'admettre ces difficultés et sa dépendance à l'alcool.

Notre cas n'a pas reconnu que l'alcool est la source de sa souffrance et de son malaise. « soit disant que l'alcool me cause des problèmes, je suis le seul concerné...»

1 - Présentation du 2^{ème} cas :

Il s'agit de Mr A.Y âgé de 33 ans, il est le 2^{ème} d'une fratrie de 04 dont; 02 filles et 02 garçons. Il a un niveau d'instruction de 3^{ème} AS. Mr A.Y travaille comme un électricien au niveau du port de Bejaia. Il est consommateur de l'alcool depuis 10 ans.

2- Résumé de l'entretien :

Mr A.Y s'est présenté au centre de sa propre volonté, en demandant de l'aide à arrêter sa consommation d'alcool.

Dés le 1^{er} entretien, il nous paraît très enthousiaste, calme, très compréhensifs, et coopératif.

Mr A.Y nous a déclaré, qu'il a commencé à prendre l'alcool à l'âge de 23 ans, au début de son travail au port, sa consommation était hebdomadaire, pour se détendre et passer de bon moments avec ses amis.

Selon lui « je suis une personne qui aime vivre, j'adore le changement, et prendre du plaisir »

Mais 05ans, après avoir débuté son travail, il a été confronté à un problème. Qu'il exprime : « c'est un complot monté par mes collègues du travail », en lui faisant porter le chapeau sur la disparition d'une pièce. Après cet incident, il est devenu plus stressé, angoissé, déprimé .Il déclare : « je n'arrête pas à penser, ma tête travaille beaucoup, je ne pense qu'aux mauvaises choses ». Pour faire face à cette situation et surmonter ces problèmes, il a augmenté le taux de sa consommation d'hebdomadaire à journalière.

Après, cet incident sa vie est totalement bouleversée, il est devenu très agressif en vers sa famille et surtout sa fiancé, il rentre tard à la maison pour éviter de rentrer en conflit avec eux.

Ses amis l'on laissé tomber ayant aucun soutien, c'est pour cela qu'il s'est réfugié dans l'alcool.

Il nous a avoué : « Malgré que j'étais insupportable et agressif en vers mes proches, mais sons les seuls personnes qui m'ont vraiment soutenu dans les moments les plus difficiles de ma vie ». Il rajoute : « c'est vrai que l'alcool m'a un peut aider à diminuer mon stress, mais enfin de compte cette situation n'est pas une solution de fuir et c'est le moment d'ouvrir une nouvelle page »

3- Analyse de l'échelle de coping :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	5	1	4	1	1	5	3	3	4	4	4	4	1	2	3	3	3	5			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	5	5	5	5	2	2	1	1	2	4	3	2	4	2	1	4	4	4			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	5	4	5	4	1	1	3	2	3	3	2	1	3	1	2	2	3	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G	
ACTION	15			10			7			11			8			9			60	165	
INFORMATION		10			4			9			9			5			10		47		
EMOTION			14			8			9			7			6			14	58		
POSITIF	15	10		10				9	9		9					9	10	14	95		
NEGATIF			15		4	8	7			11		7	8	5	6				71		

Analyse des résultats :

Les scores de l'échelle du coping démontrent que Mr **A.Y** a fais appel aux stratégies de coping basées sur l'action selon un scores de **(60)**. Qui démontre aussi ses réponses par rapport aux items : N°1 « je fais face à la situation »

Item N°19 « j'attaque le problème de front », ainsi que item N°37 « je vais directement au problème », où notre cas répond par degré de 5. C'est une focalisation active sur le problème pour la résolution de situation. En outre notre cas a besoin de soutien social et émotionnel sa justification dans ; items N°18 « j'éprouvé le besoin de partager avec mes proches ce qui j'ai ressent », items N°36 « je cherche l'aide de mes amis », est items N°54 « je cherche la sympathie, les encouragements des autres ».

Donc Mr **A.Y** a utilisé un coping basé sur l'action pour maitriser les événements et résoudre sa situation (sa dépendance).

A travers l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle, on a constaté que notre cas est stressé vis -à -vis de sa dépendance. Mais, il fait des efforts pour arrêter sa consommation.

Suite aux résultats obtenus, on a constaté que le coping utilisé par notre deuxième cas Mr **A.Y** et basé sur l'action, est un coping positif selon un score de (95).Ce résultat s'explique par sa volonté d'arrêter la consommation de l'alcool, qui demeure son espoir dans la vie. Et tout ça par le bon soutien qu'il reçoit de sa famille.

1- Présentation du 3^{ème} cas :

Il s'agit de Mr T.S un jeune adulte célibataire, âgé de 39 ans. D'un niveau d'instruction de 9 AF .et qui travaille comme agent de sécurité dans une entreprise privé depuis 2 ans .Il l'ainé d'une fratrie de 08 ; 05 garçon et 03 fille. Il est originaire d'akbou.

Mr T.S nous a avoué que son premier contact avec l'alcool, remonte ou quelque mois après avoir terminé son service national.

2- Résumé de l'entretien :

L'entretien qu'on a effectué avec Mr T.S s'était bien passé, sans aucune difficulté, ni hésitation. Il nous a raconté tous ce qu'on a besoin de savoir.

En étant jeune et avec ses mauvaises fréquentations entourage, et puis son échec dans ces études. Mr T.S a été convoqué à passer son service national. Selon lui, après son retour, il s'est retrouver dans un grand vide, ni étude, ni travail, et toujours en état de stress, qui a crée des problèmes avec son père, a de son chômage.

Mr T.S exprime que le vide qu'il vit à cause du chômage à renforcé son attachement a l'alcool.

On lui a posé la question suivante : « pour quoi exactement l'alcool ?», il nous a répondu : « parce que mon travail autant que bricoleur me permet pas d'acheter les substances les plus chères. »

Selon lui l'alcool remplis son vide, diminue le stress, le rend euphorique et plus satisfait .Malgré que sa consommation de l'alcool lui créer des conflits avec sa famille et surtout avec son père. Ses relations on change avec son entourage depuis sa dépendance à l'alcool.

Le début de son ulcère d'estomac causé par la consommation d'alcool qui la poussé de venir consulter le psychologue

3- Résultats et scores de l'échelle :

Tableau n°(2) : résultats de cas (2).

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	3	1	5	3	3	2	3	3	4	5	1	4	5	2	5	3	2	4			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	1	3	3	1	5	1	1	2	1	4	1	4	2	2	2	2	4	1			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	3	4	5	2	3	2	5	2	5	2	5	1	2	1	5	2	3	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G	
ACTION	7			6			9			11			9			7			49	147	
INFORMATION		8			9			7			7			5			9		45		
EMOTION			11			5			10			9			12			6	53		
POSITIF	7	8		6				7	10		7					7	9	6	67		
NEGATIF			11		9	5	9			11		9	9	5	12				80		

Analyse des résultats :

D'après les données de l'entretien semi-directif, et en s'appuyant sur les scores de l'échelle de coping, on peut déceler que Mr T.S, notre 3^{ème} cas fait appel aux stratégies du coping liées à l'émotion, pour faire face a les situations aversives dans le but de fuir de sa détresse (chômage, stress,), selon les scores (53). En référence aux items qui correspondent aux stratégies centrée sur l'émotion, qui se traduit par l'adoption des conduites de compensation, item N°3 « j'essaye de me sentir mieux en mangeant », item N°39 « je prend des drogues ou fume pour calmer mon angoisse ».

Ainsi notre sujet utilise des stratégies centrée sur le retrait mental, afin de chasser ses problèmes de son esprit (l'oublie), item N45 « je garde pour moi mes émotions ».

A partir des données de l'entretien ainsi que les résultats de l'échelle, qu'on peut dire que les jeunes de l'entourage où vit Mr **T.S** l'on poussé à tester l'alcool.

Le coping de Mr **T.S** est évalué a 80, ce qui nous pousse à constaté de négatif, son alcoolisme a connu, son début d'ulcère qu'il a motivé à venir consulter.

1- Présentation de 4^{ème} cas :

Mr : **H.K** est un jeune homme âgé de 33ans. Il est le 3ème d'une fratrie de 05enfant ; dont 03 filles et 02 garçons .Il travaille comme informaticien dans une grand société. Il a un « DEUA » Bac+03 en gestion des systèmes informatique.

Mr **H.K**, est marié et père d'une petite fille, âgée d'un an.

2- Résumé de l'entretien :

Notre entretien avec Mr H.K s'est déroulé dans le bureau de la psychologue. Des le premier contact, il nous paraît calme mais hésitant.

La première gorgée de Mr **H.K** à l'alcool a été à l'âge de 20ans, il été invité à la maison d'un de ses amis pour regarder un match de football de leur équipe préférée (FC Barcelone) .Ces derniers, ont ramené des boissons alcoolisées.

Au début, Il nous affirme : « j'étais dans l'obligation de faire comme eux », rire : « Mais, en vérité c'était l'occasion pour moi d'essayer ».

Sa consommation était occasionnelle, mais avec le temps, elle devient selon lui une nécessité. Il nous a dit : « quand je prends de l'alcool surtout avec mes amis, j'oublie le stress et la fatigue du travail ». Sur le plan relationnel, **Mr H.K** n'a aucun problème avec sa famille parce que il vivait seul dans son appartement loin des proches, selon ses dires.

A prés son mariage, il n'a pas arrêté de consommer de l'alcool, et à rentrer tard à la maison, ce qu'a causé des conflits et disputes avec sa femme.

Selon, Mr **H.K** la naissance de sa fille est la cause qu'il a posée à consulté, pour tenter d'arrêter sa consommation.

3- Présentation des scores de l'échelle de coping :

Tableau n° (4) : résultats cas (4) :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	3	4	5	5	3	5	5	1	5	5	5	1	5	1	1	2	5	5		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	5	5	1	1	1	5	1	4	4	3	5	1	5	4	3	5	5	5		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	5	5	1	1	5	4	1	5	5	5	5	3	3	3	1	1	4	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G
ACTION	13			11			7			13			13			8			65	193
INFORMATION		14			9			10			15			8			14		70	
EMOTION			7			14			14			5			5			13	58	
POSITIF	13	14		11				10	14		15					8	14	13	112	
NEGATIF			7		9	14	7			13		5	13	8	5				81	

Analyse des résultats :

D'après les résultats obtenus, dans les scores de l'échelle. On a constaté que M^r H.K utilise des stratégies de faire face basées sur la recherche de **l'information**, on se référant aux : item: N°N11 «je fais un plans d'action et je m'y tiens », item N° 17 « j'analyse la situation pour mieux le comprendre », item N29 « je sais ce que j'ai faire, aussi je redouble d'efforts pour y'arriver », ainsi que item N° 35 « je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation ».

Donc le coping de Mr H.K est basé sur la recherche l'information et qui est focalisé sur le **contrôle cognitif** et la **planification** afin de résoudre des problèmes.

Selon l'entretien semi-directif, et l'analyse finale des scores de l'échelle du coping on' déduit que notre cas utilise un coping basé sur l'information.

Donc, d'après ces réponses, il a un coping positif, selon le score qu'il a obtenu(112).

De ce fait, ce coping positif se traduit par ces renforcements, et sa volonté de cesser de consommer l'alcool.

1- Présentation de 5^{ème} cas :

Mr **CH.A**, est âgé de 32ans, célibataire et commerçant de profession. Il vit avec sa mère chez ses grand parents depuis l'âge de 12ans, car ces parents son divorcés.

Mr **CH.A** a arrêté ses études au 3^{ème} A.S, après deux échecs successifs au Bac, malgré son bon cursus, selon ses dires.

2- Résumé de l'entretien :

Mr **CH.A** est orienté par le psychiatre pour une prise en charge psychologique.

Dés le premier contact, il nous paraît réservé, timide. Mais il a facilement accepté de nous renseigner sur tout ce qu'on a besoin de savoir, a travers une attitude collaboratrice.

D'après les propos de notre cas, il a passé une adolescence difficile et perturbée. Après avoir raté la seule chose qui le motive et lui donne l'envie de vivre « ces études ». Ces raisons l'ont poussé à se réfugier dans l'alcool.

Il nous avoue : « quand je consomme de l'alcool, j'ai confiance en soi, l'alcool me donne le courage d'affronter les autres et surtout ma timidité »

D'après ses propos, il est tous temps stressé, angoissé, et cela à cause de la pression qu'il a sur lui (son travail chez ses ancêtres).

Il relate « je me sens toujours marginalisé, mis de côté, soit au travail, soit à la maison ». Après un silence et avec une voix basse et larmes aux yeux, il rajoute « que dois-je attendre des autres ? », silence, et rajoute « tous ce qui m'arrive c'est à cause de mon père, il m'a laissé tomber dans les moments les plus difficiles de ma vie ».

3- Résultats et scores de l'échelle :

Tableau N°5 du cas n°5 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	1	1	2	1	5	4	5	2	3	1	1	5	5	3	4	3	2	1		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	2	1	4	1	3	2	5	2	1	5	2	5	3	4	3	1	1	1		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	3	2	4	2	3	1	5	3	4	4	2	5	3	2	4	4	3	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G
ACTION	6			4			15			10			11			8			54	
INFORMATION		4			11			7			5			9			6		42	152
EMOTION			10			7			8			15			11			7	56	
POSITIF	6	4		4				7	8		5					8	6	7	51	
NEGATIF			10		11	7	15			10		13	11	9	11				97	

Analyse des résultats :

L'inventaire de coping confirme que notre sujet emploie des stratégies de coping, pour affronter les situations et le stress, engendré par cette dépendance.

Ceci est bien manifesté aux items N°1 « je fais face a la situation », ou il répond par un degré de 01(pas de tout) et qui signifie le **refus**, c'est-à-dire , il évite le problème.

Item N°39 « je prend la drogue ou fume pour calmer mon angoisse », signifie l'**addictivité**. Donc en remarquant que le coping dans le tableau, que notre cas utilise un coping orienté vers l'**émotion** avec un score de(56).

Selon l'analyse de l'entretien ainsi que les résultats de l'échelle, qu'on a constaté que tous ces émotions de notre cas dû a sa souffrance ou niveau familiale et social.

Les stratégies de faire face de M^r **CH.A** caractériser par son **envahissement émotionnel**, donc c'est un coping négatif avec un score (97). Et ses résultats reflètent son manque d'affections parentales.

1- Présentation de 6^{ème} cas :

Mr **M.S** est âgé de 30ans, célibataire, il est benjamin d'une fratrie de 04, dont 03 garçons et une fille, a un niveau de 3^{ème} AS. Il travaille dans une compagnie de transport.

Mr **M.S** a commencé à consommer de l'alcool très jeune, au début c'était occasionnelle, mais depuis 5ans il est devenu dépendant et ne peut plus s'en passer de boire.

2- Résumé de l'entretien :

Mr **M.S** s'est présenté au centre avec un ami, il été dynamique, souriant et très coopératif.

Notre cas pense que c'est normal de prendre l'alcool, puisque la plupart des hommes le consomment. Mais son accoutumance à l'égard de l'alcool à commencer lors sa séparation avec sa petite amie, suite a son échec au Bac. Il nous adit : « j'ai arrêté mais étude, par contre mon ex petite amie a réussi et à suivi ses études supérieure »

leur relation a durée 04ans, et quand il a décidé d'aller la demander en mariage auprès de son père. Ce dernier à refusé sa demande, au défaut de son niveau.

Mr **M.S** en qualifier ce refus d'**humiliation** nous a dit : « ça ma vraiment blesser de l'entendre dire, que je ne suis pas à la hauteur, ni niveau d'étude, ni situation financière. Et l'alcool était mon seul refuge pour oublier cette déception » Notre sujet, s'est rendu compte, qu'il ne vaut pas la peine de gâcher sa vie à cause D'une telle expérience.

De ce fait, **Mr M.S** a décidé de changer, et de reconstruire sa vie. Pour lui montrer qu'il a dépassé cette situation.

3- Résultats et scores de l'échelle :

Tableau N°06 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORES	5	2	1	3	4	5	2	4	3	4	3	4	3	1	2	3	3	4			
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORES	4	3	1	3	2	3	3	2	4	3	4	2	2	1	2	4	4	3			
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORES	2	3	1	4	3	1	2	4	2	3	4	3	4	2	4	5	4	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G	
																			L		
ACTION	11			10			7			10			9			12			59	162	
INFORMATION		8			9			10			11			4			11		53		
EMOTION			3			9			9			9			8			12	50		
POSITIF	11	8		10				10	9		11					12	11	12	94		
NEGATIF			3		9	9	7			10		9	9	4	8				68		

Analyse les résultats de l'échelle :

Selon les résultats de l'échelle du coping, notre cas fait face aux situations stressantes, donc c'est un coping basé sur l'action avec un score de(59). Après les réponses qui renvoi aux item N°1 « je fait face à la situation », item N10 « je change ma façon de vivre », item N°17 « j'analyse a situation pour mieux la comprendre », il a répondu par un degré de 5(très souvent).

C'est une focalisation active et conversion comportementale dans le but de maîtriser et s'adapter aux événements.

A travers l'entretien semi-directif et les résultats de coping, on a déduit que notre cas stress vis-à-vis de sa situation et de son comportement addictive, mais avec des efforts, il peut arrêter sa consommation, et dépasser son stress.

Suite aux scores obtenus du test, ont conclu que le coping utilisé par Mr **M.S** est positif d'un résultat de **(94)**. Donc c'est un coping basé sur le problème se traduit par sa bonne volonté, sa motivation, son courage et son espoir dans la vie.

Analyse générale :

Les résultats qu'on va présenter, sont ceux de six cas masculins, âgés entre 30 a 39 ans. D'un niveau d'instruction différent et d'un niveau socio-économique moyen.

La caractéristique commune de tous ces six cas, c'est qu'ils sont des alcooliques, d'une moyenne d'âge de 33 ans, insérés dans le Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanes (C.I.S.T) de la wilaya de Bejaia, dans le but d'un sevrage.

Il est mentionné que notre recherche s'est focalisée sur l'exploration des stratégies de coping, pour faire face aux situations stressantes, que les alcooliques vivre dans leurs vies quotidiennes, et pour situer cela, nous avons utilisé comme outils de recherche, l'entretien semi-directif, et l'échelle du coping de « Sylvie Esparbés, Florance Sorder-Ader et Pierre Tap ».

Les scores obtenus à la passation de l'échelle du coping, se résument dans le tableau suivant :

Tableau1: les scores obtenus dans l'échelle de coping

Cas S.C	Stratégie de coping orienté vers l'action (problème)	Stratégie de coping orienté vers l'information	Stratégie de coping vers l'émotion	TOTAL
K.A	59	58	66	177
A.Y	60	47	58	165
T.S	49	45	53	147
H.K	65	70	58	163
CH.A	54	42	56	152
M.S	59	53	50	162

Selon les réactions de ces six cas face à leurs situations stressantes, rencontrées dans leurs vies quotidiennes, elles se traduisent par une tristesse, refus, culpabilité, angoisse et par fois par des pleurs, et une peur pour leurs avenir. C'est une douleur morale et physique liées à leurs dépendances à l'alcool. Ainsi que certains de nos cas ont des conflits familiaux et des difficultés d'intégration sociale, tels que, les dispute avec les membres de la famille, l'isolement, et le manque de tendance à s'attacher aux autres.

D'après les données mentionnées dans le tableau ci-dessus, où on étudie les stratégies de faire face utilisées par des alcoolos -dépendant, nos résultats révèlent que, la plus part des alcooliques favorisent des stratégies de coping centrées sur **l'émotion**, qui se traduisent par un refus sociale ou de culpabilité envers leurs proches avec des scores de (66),(53),(56).

Toute ces émotions que se soient positives ou négatives, en lien avec les aspects familiaux ainsi que socioéconomique, influent sur leurs états psychiques c'est -à -dire des stressseurs menaçants leur bien être dans la vie quotidienne.

Les entretiens menés auprès des alcooliques rendent de plus en plus compte d'une souffrance sociale, de ce fait ils trouvent refuge dans l'alcool, en envahissant leurs émotions, par exemple dans le cas de **k. A** : « je suis mal vu par ma famille et mon entourage », « je suis pour rien et je me sens inutile ».

Selon les données, on a constaté que tous les cas, sans aucune restriction, ont fait appel à des stratégies de coping particulières, afin de faire face aux évènements stressants.

La plus part de nos cas, utilisent des stratégies orientées vers l'émotion par un score différent pour chaque cas. Ce qui est remarqué chez les cas de **K.A**, **T.S**, et **CH.A**. Ce qui manifeste, leurs efforts et leurs volontés de résoudre leurs problèmes, en référence à leurs niveaux d'instruction ainsi que le soutien et la prise en charge surtout au niveau de la famille, exemple, **A.Y** «malgré que j'étais insupportable et agressif envers mes proches, mais sont les seules personnes qui m'ont vraiment soutenu dans les moments les plus difficiles ».

Chez le cas de **H.K**, il y a eu un choix pour les stratégies basées sur l'information ou bien sur la recherche du soutien social avec un score de (70), c'est un coping positif qui se traduit par son control et sa bonne planification pour résoudre ses souffrances

Ainsi, que pour le cas de **A.Y** et **M.S**, qui ont utilisé des stratégies basées sur l'action (problème), ce qu'est représenté par un coping positif, qui se traduit par une volonté de dépasser leurs stress, et des objectifs à atteindre, et de trouver des solutions.

Une stratégie de coping négative peut être transformée en stratégie positive. Cela ne peut se réaliser qu'à travers une bonne prise en charge, ainsi que un bon soutien sociale.

Discussion des hypothèses :

L'objet de notre recherche est porté sur l'exploration des stratégies de coping que les alcooliques peuvent utiliser. Notre recherche tente de vérifier l'hypothèse supposée au départ qui consiste en :

« Les alcooliques utilisent des stratégies de coping particulières afin de faire face aux événements stressants », en suggérant que ces derniers peuvent être orientés vers le problème, l'émotion ou vers la recherche du soutien social.

A partir des résultats obtenus, après analyse et interprétation des l'entretiens semi-directif et des scores de l'échelle de coping des six cas âgés entre 30 à 39 ans de sexe masculin, suivis par le Centre Intermédiaire de Soins aux Toxicomanes de la wilaya de Bejaïa. On a constaté que les alcooliques employent des stratégies de faire face dans des évènements stressants, fondés sur l'émotion et sur le problème en grande partie chez les cas suivants : (**K.A (66)**, **A.Y (60)**, **CH.S (56)**, ainsi que le cas **T.S (53)**) en comparaison avec les stratégies de coping basées sur la recherche de soutien social (l'information) que l'on trouve chez le cas **H.K (70)** .

Cette diversité des stratégies utilisées par les alcooliques, et appropriées à tous les cas étudiés .Cependant, il existe des plus directement mise en place que d'autres. Ce qui peut renvoyer à plusieurs facteurs, tel que: stratégies de faire face.

D'après les entretiens effectués auprès des personnes alcooliques, on a constaté que les personnes qui ont un niveau d'instruction élevé, arrivent à résoudre leur problème, donc c'est un coping basé sur l'action comme le cas **H.K**.

On peut dire aussi que le facteur d'âge joue un rôle très important dans leurs capacités et leurs volontés de maîtriser la situation.

Les facteurs familiaux et sociaux ont également un rôle important et cela se traduit par la bonne prise en charge, et le soutien afin d'affronter les situations difficiles et ne pas s'affaiblir devant ces événements menaçants.

De ce fait :

Notre hypothèse initialement formulée et postule que :

« Les alcooliques utilisent des stratégies de coping particulières, afin de faire face aux événements stressants».

A partir, de l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus de l'échelle de Coping, on a déduit que nos six cas ont fait appel aux stratégies de Coping particulières ; orienté vers l'émotion tel que **K.A. T.S** et **CH.A**, la recherche de soutien social c'est le cas pour **H.K**, ou bien basé sur le problème chez les cas **A.Y** et **M.S**. Cela est dû aux différents éléments suivants (âge, qualité de soutien, contrôlabilité de stress, degré de déni, le refus ainsi que le degré d'alcoolisme).

Finalement, on peut dire que notre hypothèse est confirmée en se basant sur le modèle transactionnel de **Lazarus** et **Folkman**, qui s'inscrit dans l'approche cognitivo-comportemental (**TCC**).

Par ailleurs, les résultats obtenus par notre étude de recherche sur ces cas, on ne peut pas les généralisé que par le biais d'une approfondie sur un échantillon bien élargi.

Conclusion

Conclusion :

Dans notre recherche on a tenté d'étudier une tranche de population méconnue dans notre société, qu'est les alcooliques, et de mettre en lumière leurs difficultés quotidiennes, leurs souffrances ainsi que les facteurs mineurs et majeurs qui entraînent le refuge vers l'alcool (économiques, familiales, sociaux ainsi que les facteurs socioculturel).

La survenue d'alcoolisme, parvient à l'apparition de certaines stratégies particulières de coping chez les alcoolo-dépendants. Ces stratégies de faire face peuvent être basées sur le problème, orientés ver l'émotion ou la recherche de soutien social. Comme on a souligné durant notre recherche qui a été réalisée au Centre de désintoxications de Béjaia, que se milieu a une importance dans la prise en charge de ces derniers.

Pour la vérification de nos hypothèses, on a utilisé la méthode descriptive pour l'étude de chacun de six cas, ainsi que pour enrichir notre recherche on a opté pour l'un des outils de la collecte des données qui nous a beaucoup servi « l'entretien semi-directif », qui nous a permis de récolter des informations sur le vécu des alcooliques ainsi que leurs façons de faire face aux problèmes.

En fin on a appliqué l'échelle de coping de « Sylvie Esparbes, Florance Sordes-Ader et Pierre Tap », a travers laquelle on a obtenu es resulta qui nous a permis de vérifier nos hypothèses.

Pour conclure notre travail, il est à souligner que notre thème de recherche est d'actualité. Il s'agit d'un domaine très vaste et trop sensible (la consommation des substances psycho-actives). Pour cette raison qu'on invite nos collègues étudiant chercheurs en psychologies clinique d'approfondir et de sensibiliser sur les aspects dangereux de l'alcool, aussi que de mettre l'accent sur l'influence des stratégies de coping sur le fonctionnement psychique des personnes.

Conclusion

De ce fait, **L'alcoolisme** (aigu ou chronique) est un phénomène socioculturel. Il accompagne les événements les plus marquants présents dans notre vie, quel que soit l'événement vécu, joie (mariage, réussite, fête ...), ou une souffrance psychique ou physique (stress, anxiété, dépression, douleur...)

Le coût social des dommages causés par l'alcoolisme est très élevé. Pour lutter contre ce fléau, il est important de veiller à en préserver les plus jeunes, et d'inciter ceux qui s'y donnent à limiter leur consommation. Dans ce but, un dialogue constructif, bâti sur des arguments objectifs et intelligemment distillés, est le meilleur moyen de convaincre de la nocivité de l'alcool, et de l'intérêt d'y renoncer.

La liste bibliographique

1/ La liste des ouvrages:

- 1- Alami. A (1983), « L’islam et la culture médical », Maroc, édition Casablanca.
- 2- Angers. M (1997), « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines », Alger, édition Casbah.
- 3- Bouafia. Y (2006), « Tabac, alcool et dépendance », Alger, édition Alger.
- 4- Bailly. D, (2009), « Alcool, drogues chez les jeunes agissous, Paris, Edition ISBN.
- 5- Colette. CH (1983), « L’entretien clinique », Paris, édition Presse, Université de France.
- 6- Chahraoui. K & Bénony. H, (2003), « Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, édition Dunod.
- 7- Charal. H & Callahan. S(2004) « Mécanisme de défense et coping », Paris, édition dunud.
- 8- Clément. JP, Darthont. N, Nubukpo. PH, (2006), « Le guide pratique de psychogériatrie », Pais, Edition ISBN.
- 9- Fisher, G.N, (2002), « Traité de psychologie de santé », Paris, édition Dunod.
- 10-Graziani. P. et Swendsen (2005), « Le stress, émotion et stratégies d’adaptation », Paris, édition Armand Colin.
- 11-Hoessler. J, (2009), « Alcool, moi et l’autre », Paris, édition ISBN.
- 12-Morel. A & Fontaine. B, (2003), « Soigner les toxicomanes », Paris, édition Dunod.
- 13-Pewzner. E, (2003), « Introduction à la psychologie de l’adulte », Paris, Edition Armand Colin.
- 14-Schweitze. M.B, (2001), « Personnalité et maladie », Paris, édition Dunod.
- 15-Schweitze. M.B, (2002), « Psychologie de la santé », Paris, édition Dunod.
- 16-Quintard. B, (2001), « Concept, stress, coping », Bordeaux, édition Nathan.

La liste bibliographique

Dictionnaire :

Sillamy. N, (1999), « Dictionnaire de psychologie », Paris, édition Larousse.

Le Grand Dictionnaire de la Psychologie, (1999), édition Larousse. Bordas.

Thèse :

Eraldi-Gackiere. D, (2006). Production cognitivo- émotionnelle au cours d'une prise en charge par exposition de patients dépendants en cure alcooliques. Analyse des pensées liées au craving. Université Charles de Gaulle.

ANNEXE I

GUIDE D'ENTRTEIN

Axe I : Renseignement personnelle

- 1- Nom prénom
- 2- Age
- 3- Situation matrimoniale
- 4- Niveau d'instruction
- 5- Profession

Axe II : Renseignements sur la consommation de l'alcool

- 1- Pouvez vous nous parler comment vous avez commencé la consommation de l'alcool ?
 - Mauvaise fréquentation, - Pour le gout agréable,
 - Dans les fêtes et occasions, - Autres
- 2- A quel âge avez-vous commencé la consommation de l'alcool ?
- 3- Qu'elle est le type d'alcool que vous avez l'habitude de prendre ?
- 4- Comment vous consommez ce produit ?
 - Seul -avec des proches -avec des amis -autres

5- Pouvez vous ne parler de la fréquence de consommation d'alcool que vous l'habitude de consommer? -1 fois par jour, 2fois par jour, 1 a 2 par semaine, autres

6- Votre présence dans ce centre est y de votre part ou par orientation ?

(Si oui pour quoi ?)

7-Vous savais l'effet de l'alcool sur vous ? Si oui comment ?

8- Qu'elles sont les raisons qui vous poussent de consommer l'alcool ?

Annexes

9- Comment vous sentez au moment de la prise de l'alcool ?

Axe III: Renseignement sur sa réaction face à la dépendance

- 1- Votre situation vous stress t'elle ? Oui/ non pour quoi et comment ?
- 2- Comment réagissez vous devant le stress qui du a l'alcool ?
- 3- Regrettez-vous de votre état ? Oui/ non pour quoi ?
- 4- Faites vous des efforts pour arrêter la consommation de l'alcool

Axe VI : Renseignement sur sa relation familiale, sociale ou professionnelle

- 1- Comment vous vous sentez au sein de votre famille ?
- 2- Parlez nous de vos rapports et relations avec les membres de votre famille, entourage ?
- 3- Parlez nous de vos relations avec vos collègues de travail ?
- 4- Vos relations sont elles changées depuis votre dépendance à l'alcool ?
(oui comment)

ANNEXE II

Echelle de coping de Sylvie ESPARBES, Florence

SORDES-ADER et Pierre TAP

Consigne :

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez vos réactions, votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisie dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée de 1(pas du tout) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

Annexes

Choix de la situation difficile.

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante.

	Pas du tout				Très souvent	
	1	2	3	4	5	
1-je fais face à la situation.						
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,..)						
3-j'essaye de me sentir mieux en mangeant.						
4-je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser						
5-j'essaye de ne pas penser au problème.						
6-je demande à dieu de m'aider.						
7-j'évite de rencontrer des gens.						
8-j'accepte le problème s'il est inévitable.						
9-j'essaie de ne pas paniquer.						
10-je change ma façon de vivre.						
11-je fais un plan d'action et je m'y tiens.						
12-il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.						
13-je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.						
14-je refuse d'admettre le problème.						
15-il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.						
16-je fais quelque chose plus d'agréable.						
17-j'analyse la situation pour mieux la comprendre.						
18-j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens.						
19-j'attaque le problème de front.						
20-je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.						
21-j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.						
22-je cherche des activités collectives pour me dépenser.						
23-je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.						
24-je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre						
25-il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.						
26-j'apprends à vivre avec le problème.						
27-je contrôle mes émotions.						
28-je change la façon de me comporter.						
29-je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver						
30-j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.						
31-je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.						
32-j'agis comme si le problème n'existait pas.						

Annexes

33-je me sens coupable.					
34-je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.					
35-je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.					
36-je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.					
37-je vais directement au problème.					
38-je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.					
39-je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.					
40-j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).					
41-j'essaye à tout prix de penser à autre chose.					
42-je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.					
43-je me mets en retrait par rapport aux autres					
44-j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.					
45-je garde pour moi mes sentiments.					
46-je modifie mes actions en fonctions de problème.					
47-je me donne des objectifs à atteindre.					
48-mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues					
49-je me retiens d'agir trop rapidement.					
50-je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.					
51-je suis envahi (e) par mes émotions.					
52-je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.					
53-je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.					
54-je cherche la sympathie, les encouragements des autres.					