

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE
EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

**STRATÉGIES DE COPING CHEZ LES ADULTES
CONSOMMATEURS D'ALCOOL :
Une étude clinique des patients en situation d'angoisse
à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.**

*Mémoire diplôme de Master en Psychologie soutenu le 03 Juillet 2024
Spécialité : Psychopathologie et clinique*

Par :

Jean Merlo KENMOGNE CHENIN

Licencié en Psychologie

Jury :

Président : Pr. Léonard NGUIMFACK

Rapporteur : Pr. Joachen BANINDJEL (MC)

Examineur : Pr. Samuel NYOCK ILOUGA (MC)

Sous la direction du :

Pr. Joachen BANINDJEL

Maître de Conférences



Année académique 2023-2024

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT.....	v
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	6
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	30
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES DE L'ÉTUDE	54
PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	75
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE.....	76
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	98
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	115
CONCLUSION GÉNÉRALE	138
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	142
ANNEXES.....	156
TABLE DES MATIERES	179

À

La mémoire du Professeur Germain Jean Magloire KETCHA

WANDA

REMERCIEMENTS

À l'issue de la rédaction de ce travail de recherche qui a bénéficié d'un certain nombre d'appuis, nous éprouvons une grande reconnaissance envers :

Le Professeur Joachen BANINDJEL, pour avoir accepté de diriger ce travail. Il a mis à notre disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir-être en matière de recherche ;

Le Professeur Léonard NGUIMFACK, pour ses encouragements et enseignements sur la recherche ;

Le Professeur Mireille NDJE NDJE pour ses conseils et sa rigueur au travail ;

Le Professeur Samuel NYOCK ILOUGA, qui n'a ménagé aucun effort pour nous encourager et nous accompagner tout au long de ce travail ;

Les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I pour les enseignements qu'ils ont toujours su mettre à notre disposition ;

Le personnel soignant de l'Hôpital Jamot de Yaoundé, et particulièrement celui du service de « Psychiatrie B » qui a favorisé la réalisation de cette étude ;

L'aînée académique Julie Magloire MAGUEBOU pour ses multiples relances et encouragements ;

Les membres de ma famille pour leur soutien multiforme ;

Enfin à toute personne qui pense avoir contribué à la réalisation de ce travail de recherche.

RÉSUMÉ

La présente recherche porte sur les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool : une étude clinique des patients en situation d'angoisse à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Elle s'inscrit dans la perspective des travaux de Camart & al., (2008); Stevens (2009) et de Bacon & al., (2010) qui ont souligné qu'en situation d'angoisse les adultes consomment l'alcool comme réponse adaptative dans le but de soulager leur angoisse. D'où l'intérêt pour nous de comprendre comment en plus de la consommation d'alcool les stratégies de coping élaborées par ces adultes les aident à gérer leur angoisse. Ce qui a suscité en nous la question de recherche suivante: comment les stratégies de coping contribuent-elles à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool ? Partant de là, nous avons ainsi formulé l'hypothèse générale : les stratégies de coping contribuent à gérer au mieux l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool. L'objectif est d'appréhender comment ces stratégies de coping participent à gérer l'angoisse chez les adultes alcoolodépendants. Pour atteindre cet objectif, nous avons utilisé la méthode clinique en menant des entretiens sémi-directifs auprès de deux adultes consommateurs d'alcool venus consulter en « Psychiatrie B » de l'HJY après les avoir soumis aux échelles d'Hamilton (pour mesurer l'anxiété) du CISS (pour mesurer l'usage du coping) et au test d'AUDIT (pour mesurer l'alcoolodépendance). La technique d'analyse de contenu et la technique d'analyse séquentielle ont été utilisées pour analyser les entretiens. Ces entretiens ont été interprétés à l'aide de la théorie cognitivo-comportementale de Baumrind (1991); Fernadez, Lafon & Sztulman (1999); Beck & Freemann (1993); Smanioto (2008) et Gérard & Nagels (2017) et celle de Lazarus & Launier (1978) et celle de Lazarus & Folkman (1984b) sur le coping. À l'issue de notre étude, nous avons comme ces auteurs constaté que c'est le fait d'associer des significations et/ou interprétations négatives aux situations angoissantes qui génère l'angoisse que l'adulte tente d'inhiber ou de les oublier. Les résultats ainsi obtenus nous ont permis de cerner qu'en plus de la consommation d'alcool, des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion et des stratégies de coping centrées sur le soutien social que nos sujets ont pu mobiliser en nous inspirant des travaux de Marty (1991) sur la mentalisation et du modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel de Bouchon-Schweiter et Quintard (2002), d'autres stratégies de coping : celles centrées sur la mentalisation des affects et celles centrées sur la construction d'une relation à l'objet (la bière) pour mieux gérer leur angoisse. Ce qui nous a permis de ressortir dans cette étude le concept de modèle « coping inclusif ». Cet ensemble d'éléments accorde une plus-value clinique à notre hypothèse de départ.

Mots-clés : angoisse ; stratégies de coping ; alcool ; adulte ; cognitivo-comportemental ; mentalisation et étude de cas.

ABSTRACT

The present research focuses on coping strategies among adult alcohol consumers: a clinical study of patients experiencing anxiety at Jamot Hospital in Yaoundé. It is part of the perspective of the work of Camart & al., (2008); Stevens (2009) and Bacon & al., (2010) who highlighted that in situations of anxiety, adults consume alcohol as an adaptive response with the aim of relieving their anxiety. Hence the interest for us to understand how, in addition to alcohol consumption, the coping strategies developed by these adults help them manage their anxiety. This raised the following research question in us: how, do coping strategies contribute to managing anxiety in adult alcohol consumers? From there, we formulated the general hypothesis: coping strategies contribute to better managing anxiety in adult alcohol consumers. The objective is to understand how these coping strategies help manage anxiety in alcohol-dependent adults. To achieve this objective, we used the clinical method by conducting semi-directive interviews with two adult alcohol consumers who came to consult in “Psychiatry B” of the HJY after having submitted them to the Hamilton scales (to measure the anxiety), of CISS (to measure the use of coping) and to the test AUDIT (to measure alcohol dependence). Content analysis technique and sequential analysis technique were used to analyze the interviews. These interviews were interpreted using Baumrind's (1991) cognitive-behavioral theory; Fernadez, Lafon & Sztulman (1999); Beck & Freemann (1993); Smanioto (2008) and Gérard & Nagels (2017) and that of Lazarus & Launier (1978) and that of Lazarus & Folkman (1984b) on coping. At the end of our study, we, like these authors, noted that it is the fact of associating negative meanings and/or interpretations with distressing situations that generates the anxiety that the adult tries to inhibit or forget. . The results thus obtained allowed us to identify that in addition to alcohol consumption, coping strategies focused on the problem, coping strategies focused on emotion and coping strategies focused on social support that our subjects were able to mobilize, inspired by the work of Marty (1991) on mentalization and the transactional-integrative-multifactorial model of Bouchon-Schweiter and Quintard (2002), other coping strategies: those centered on the mentalization of affects and those focused on building a relationship with the object (beer) to better manage their anxiety. This allowed us to highlight in this study the concept of the “inclusive coping” model. This set of elements gives clinical added value to our initial hypothesis.

Keywords: anxiety ; coping strategies ; alcohol ; adult ; cognitive-behavioral ; mentalization and case study

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1: Caractéristiques des participants, (source : notre étude).....	85
Tableau 2: Tableau statistiques des scores après passation des échelles	90
Figure 1:Le modèle transactionnel stress-coping (TSC) de Lazarus et Folkman (1984)	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACP : Agence Camerounaise de Presse

AJY : Hôpital Jamot de Yaoundé

APA : American Psychiatric Association

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

BEPC : Brevet d'Étude du Premier Cycle

CISS : Coping Inventory of stresfull situation

CRTV : Cameroon Radio Television

CTA : Centre de Traitement Agréé

DSM-IV-TR : Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux, IVème version

EPU : Enseignement Post-Universitaire

HDR : Hamilton Depression Rating Scale

HG : Hypothèse Générale

HO : Hypothèse Opérationnelle

NIH : National Institutes Heart

NOSO : Nord-Ouest / Sud-Ouest

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PUF : Presse Universitaire Française

SCD : Schémas Centraux Dysfonctionnels

SCID-I : Structured Clinical Interview For DSM-IV

SNH : Société Nationale des Hydrocarbures

SPA : Substances Psychoactives

TAT : Thematic Aperception Test

TCC : Théorie Cognitivo-Comportementale

TIM : Modèle Transactionnel-Intégratif-Multifactoriel

TSC : Modèle Transactionnel Stress-Coping

VD : Variable Dépendante

VI : Variable Indépendante

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

Annexe 2 : Demande de mise en stage

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Annexe 4 : Échelle d'anxiété d'Hamilton

Annexe 5 : Test d'AUDIT

Annexe 6 : Échelle du CISS

Annexe 7 : Guide d'entretien

Annexe 8 : Contenu des entretiens avec M. X

Annexe 9 : Contenu des entretiens avec Mme Y

Annexe 10 : Accord de direction du mémoire de Master II

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La souffrance est le lot de tout être humain (Akhtar, 2014; Davies, 2012). Elle occupe le centre de notre expérience à certains moments de notre vie. Elle n'est pas foncièrement pathologique ou morbide, car elle peut servir à nous informer de notre lien au monde ainsi qu'à guider nos actions, comme cela est vrai pour les autres facettes de notre vie émotionnelle. Cependant, la souffrance, puisqu'elle est essentiellement douloureuse, se présente à l'expérience sous différentes formes, plus ou moins intenses, tolérables, formulables, pensables, etc. La souffrance présente différentes facettes d'un individu ou d'un moment à un autre. Personne n'est épargnée de la souffrance quelle que soit sa facette.

Dans le cadre de notre pratique clinique, nous avons régulièrement reçu des patients alcoolo-dépendants souffrant d'angoisse. L'angoisse faisant partie des différentes facettes de la souffrance semble correspondre à différents niveaux de prise de conscience qui interpellent le sujet souffrant à plus de vigilance dans le but de mobiliser diverses stratégies adaptatives. En fait, quelle que soit la situation d'un être humain, il est au quotidien emprunt à la souffrance psychique et doit trouver des moyens pour la contrer et avancer. Ce qui nous a poussés à nous interroger sur ses capacités d'adaptation (coping) pour faire face à l'angoisse dont il souffre. Certains sujets, pour affronter l'angoisse consomment l'alcool (Camart & al., 2008; Bacon et coll., 2010; Stevens, 2009) comme réponse adaptative dans le but de soulager leur souffrance. De nombreuses études liées à l'addiction Reynaud, (2016) ont montré que l'angoisse avait un rôle dans l'installation de la dépendance à l'alcool : plus il est élevé, plus la consommation d'alcool est importante.

Révélateurs d'un mal-être, angoisse et dépression Carpenter & al., (1999) et problèmes d'alcool sont souvent concomitants Holohan et coll., (2004) au comportement de dépendance d'alcool chez l'individu. Ce comportement est dangereux sur le long terme puisque le contre-coup de la prise d'alcool est un accroissement des tensions émotionnelles éprouvées : le recours à l'alcool pour motif de coping s'associe souvent à des prises d'alcool de plus en plus importantes au cours des années de consommation (Bacon et coll., 2010), jusqu'à rendre le consommateur dépendant de l'alcool.

Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping désigne les efforts cognitifs et comportementaux mis en œuvre par un individu pour faire face à une situation stressante.

Autrement dit, le coping constitue l'ensemble de réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ces efforts ont pour fonction soit de modifier le problème à l'origine du stress (coping centré sur le problème), soit de réguler la détresse émotionnelle associée à ce problème (coping centré sur l'émotion), soit de rechercher la sympathie et le soutien des autres pour mieux rebondir (coping centré sur le soutien social). Le coping centré sur le problème, parce qu'il consiste dans l'affrontement de la situation et la tentative de contrôle ou de résolution du problème, peut être qualifié d'actif ou de vigilant. En revanche, le coping centré sur l'émotion, parfois qualifié de passif ou d'évitant, regroupe toutes les tentatives (comportementales, cognitives, physiologiques) pour modifier la tension émotionnelle induite par la situation (évitement, distraction, pensée magique, etc.). S'agissant du coping centré sur le soutien social, il s'opérationnalise autour de la recherche du soutien tangible et celui lié au soutien social émotionnel. Le coping s'étudie généralement en lien avec l'angoisse notamment chez les patients alcoolo-dépendants. Dans le cadre de notre étude, il s'agit d'analyser les stratégies de coping élaborées par des adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse. Plusieurs études ont d'ailleurs clairement mis en évidence la comorbidité entre consommation d'alcool et angoisse (Marmolejo, 2023); Endler et al., (1994). Plus un individu est déprimé et anxieux, plus il aura tendance à consommer de l'alcool (Varescon et al., 2005) qui s'avère malheureusement à la longue comme étant un coping inadapté. Bien que l'on sache actuellement que le stress, l'angoisse, l'anxiété et le coping s'influencent mutuellement, peu d'études dans notre contexte ont étudié leur lien avec les stratégies de coping, notamment chez les sujets adultes alcoolo-dépendants.

Dans le recours à la consommation d'alcool pour faire face à l'angoisse, l'individu boit généralement de façon solitaire et souvent en quantités importantes. Cette consommation abusive engendre de nombreux problèmes : ennuis de santé ou engagement dans des comportements irresponsables (consommation sur le lieu de travail, problèmes pécuniaires), agressifs (trouble de voisinage, avec la police) ou dangereux tel que la conduite en état d'ivresse (Stewart et coll., 2001).

Depuis une vingtaine d'années, les chercheurs reconnaissent un trait de personnalité appelé « sensibilité à l'anxiété » qui caractérise les personnes sensibles aux signes physiques de l'anxiété, comme les paumes moites ou le cœur qui accélère (Stewart et coll., 2001). Elles interprètent ces signes comme une menace par elle-même et peuvent par exemple croire qu'elles

font une crise cardiaque quand leur rythme cardiaque bat plus vite en réponse au stress. Cette sensibilité particulière joue le rôle d'amplificateur de l'angoisse (Norberg et coll., 2010).

Si ces personnes ont un risque élevé de développer des troubles anxieux (des crises de panique récurrentes par exemple) (Norberg et col., 2010), des études suggèrent qu'elles constituent en outre une population à risque vis-à-vis de l'alcool. Pour Stevens (2009), les personnes étant fortement sensibles à l'angoisse consomment de l'alcool plus fréquemment que celles qui le sont peu et ce pour des raisons liées à l'apparition des symptômes d'angoisse. En effet, en buvant, les personnes fortement sensibles à l'angoisse voient plus facilement que les autres leur sensibilité aux symptômes d'angoisse diminuée : leur charge émotionnelle en est réduite, elles se détendent grâce à l'action de l'alcool sur le système nerveux central. Si une association existe entre la consommation d'alcool et la sensibilité à l'angoisse, cette relation n'est toutefois pas directe et on ne peut affirmer que des personnes sensibles à l'angoisse boiront forcément en plus grande quantité que d'autres qui ne le sont pas.

Pour Baker et coll., (2012), la phobie sociale, qui peut être résumée comme la peur éprouvée par les personnes à être en situation sociale, c'est-à-dire en interaction avec les autres, est le trouble anxieux le plus répandu dans la population avec une prévalence de 5 % à 12%. Or ces individus ont un risque élevé de développer des troubles liés à la consommation d'alcool. Chez les gens victimes de phobie sociale, boire permet d'atténuer le sentiment de menace perçu normalement en présence des autres (Stevens, 2009). Ce comportement se rencontre particulièrement chez les personnes qui se sentent évaluées (à leur désavantage, lors d'une discussion par exemple) ou face à des gens exprimant la colère et avec lesquels ils pourraient se trouver en conflit. Le soulagement créé par la prise d'alcool est modéré, il est pourtant suffisant pour permettre aux individus d'endurer les situations sociales éprouvantes. L'action de l'alcool en tant qu'anxiolytique (Thomas, 2003) étant temporaire, sa prise est renouvelée pour que le ressenti positif puisse durer. En nous appuyant sur des travaux antérieurs, nous avons au regard de ce que nous avons observé sur le terrain quant à la consommation d'alcool chez les adultes en situation d'angoisse qu'ils cherchent à rebondir soit en modérant leur consommation d'alcool, soit à l'abandonner simplement en recourant aux stratégies de coping qu'ils élaborent eux-mêmes : des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion et des stratégies de coping centrées sur le soutien social.

Pour mieux appréhender le phénomène à travers notre étude, la problématique liée à la gestion d'angoisse chez les adultes alcoolodépendants, nous avons effectué un stage au sein de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (YJY) qui nous a permis de relever à l'aide d'entretiens sémi-directifs que certains adultes qui consomment l'alcool ont vécu dans un environnement familial et social très délétère, marqué par la présence des situations stressantes et angoissantes (la perte tragique d'un être cher, le licenciement abusif) des carences physiques (séparations, maltraitance, rejet) et psychologiques (manque d'affection). Ce qui va entraîner chez les adultes l'élaboration des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion ainsi que des stratégies de coping centrées sur le soutien social pour affronter la menace. En effet, la consommation d'alcool par les adultes constitue chez eux le premier moyen inadapté pour se soulager de leur angoisse. Dans le but de mener notre étude, il s'agira pour nous de comprendre comment les stratégies de coping à travers des stratégies de coping centrées sur le problème, ensuite des stratégies de coping centrées sur l'émotion, enfin des stratégies de coping centrées sur le soutien social contribuent-elles à inhiber ou supprimer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool dans le but de les aider à rebondir. Il s'agira pour nous de rendre compréhensible le phénomène de gestion d'angoisse à partir de l'élaboration des stratégies de coping. Cet ensemble de réflexions ont conduit à mener ce travail de recherche que nous formulons de la manière suivante : Stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool : une étude clinique des patients en situation d'angoisse à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Afin de rendre compte des résultats qu'il a pu produire, notre travail s'est déployé en six chapitres : la problématique de l'étude (chapitre 1), la revue de la littérature (chapitre 2), l'insertion théorique de l'étude (chapitre 3), la méthodologie de l'étude (chapitre 4), la présentation des résultats et leur analyse (chapitre 5), enfin l'interprétation et la discussion des résultats (chapitre 6). Ces chapitres s'intercalent entre une introduction et une conclusion générales.

PARTIE I : CADRE THÉORIQUE

Dans cette première partie de notre étude, il sera question à travers l'analyse conceptuelle et théorique de circonscrire et préciser le cadre dans lequel se situe notre travail. En situant notre analyse dans le cadre de la Psychologie clinique et de la psychopathologie, nous allons formuler notre hypothèse à partir de la question de recherche, définir nos concepts afin de permettre aux lecteurs de savoir la perspective dans laquelle se situe ce travail. Cette partie a pour finalité de ressortir en lien avec les travaux antérieurs et les théories explicatives, l'originalité et la pertinence de cette étude. Le contenu de cette partie sera articulé autour de la problématique (Chapitre 1) ; de la revue de la littérature (Chapitre 2) et des théories explicatives du sujet (Chapitre 3).

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Selon Fernandez et Catteeuw (2001), la problématique est une articulation discutée de différentes propositions empiriques et théoriques qui visent à définir le problème de la recherche. Pour Campenhoudt et Quivy (2011), « la problématique est l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger » (p. 81). A travers la problématique, il s'agira de situer l'étude dans un contexte théorique en abordant et exposant le problème qui la fonde dans son aspect général. Pour Antonius (2007) la problématique dont il est question ici tente de répondre aux questions : où est le problème ? Pourquoi cette recherche est-elle intéressante ? En référence à la démarche proposée par ces auteurs, et pour répondre à ces questions, cette partie de notre travail de recherche va présenter tour à tour le contexte, la justification, les constats et le problème de l'étude ; elle s'appesantira aussi sur les objectifs, l'intérêt de l'étude et la clarification des concepts clés.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

Dans cette articulation de notre étude, il sera question pour nous de revenir sur les constatations ayant motivé la conduite de cette recherche. Cette mise en œuvre va ainsi permettre d'apporter un justificatif à la conduite de l'étude.

1.1.1. Contexte de l'étude

Nous éprouvons tous de l'angoisse de temps à autre. Rares sont les personnes qui passent une semaine sans en éprouver ou sans avoir l'impression que quelque chose va mal se passer. On peut éprouver une certaine angoisse à l'occasion d'un examen, d'une entrevue d'embauche ou de tout autre événement important ou lorsqu'on perçoit un danger. Toutefois, ce type courant d'angoisse se manifeste généralement de façon occasionnelle et il est de faible intensité et de courte durée, alors que celle éprouvée par une personne aux prises avec un trouble anxieux est plus fréquente et plus intense, et peut durer plusieurs heures, voire des jours entiers (Neil & al., 2005).

Les recherches montrent que jusqu'à un adulte sur quatre connaît un trouble d'angoisse à un moment ou à un autre de sa vie et qu'une personne sur dix a connu un tel trouble au cours des douze derniers mois (Greenberger & Padesky, 2004). L'angoisse est le trouble le plus courant chez les femmes et il se classe au deuxième rang chez les hommes, après les troubles liés à la

consommation d'alcool et de drogues (Neil & al., 2005). Les personnes empruntées d'angoisse ont de la difficulté à travailler ou à étudier et à accomplir les tâches quotidiennes. En outre, ils engendrent souvent des problèmes relationnels, des difficultés financières et une grande souffrance pour les personnes atteintes (Greenberger & Padesky, 2004).

L'angoisse, sous les différentes formes qu'il peut prendre, est le problème psychologique le plus fréquent. Des études faites sur de très grands échantillons à travers le monde montrent qu'environ 15 à 20% des personnes interrogées ont présenté à un moment de leur vie un trouble d'angoisse, selon une étude publiée (Kessler & al., 2005). En France, la proportion, dépasse cette fourchette pour atteindre 22,4%, un niveau plus élevé que dans les autres pays européens comme le montre l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA (Lepine & al, 1993). Ici, les phobies spécifiques sont les plus fréquentes (11,6%) suivies par l'anxiété généralisée (6%), les phobies sociales (4,7%), le trouble panique (3%) et l'agoraphobie (1,8%).

Les études ont montré que les troubles débutaient chez l'adulte jeune (de 18 à 35 ans) et parfois même chez l'enfant (anxiété de séparation, phobie sociale, etc.). Après une période de stabilisation au milieu de la vie, on note un nouveau pic à partir de 65 ans. Toutes les études montrent que les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes (Lepine & al., 1993). Cette particularité n'a pas d'explication unique et plusieurs hypothèses ont été avancées comme des particularités biologiques et hormonales, des facteurs sociologiques (le rôle social des femmes) ou psychologiques (sensibilité). L'angoisse touche toutes les catégories sociales et toutes les origines. Elle semble plus fréquente dans les villes, comparativement à la campagne.

De récentes analyses ont démontré que 18 % des Américains étaient annuellement affectés par un ou plusieurs troubles d'angoisse. D'après une étude, menée par Wittchen (2011) ces troubles sont les plus fréquents parmi les troubles mentaux (14 %) avant l'insomnie (7 %), et la dépression majeure (6,9 %). Selon Wittchen, environ 90 % des troubles anxieux se produisent pour la première fois avant l'âge de 18 ans. À ce moment, s'ils sont détectés, ils peuvent être facilement traités. Ces troubles forment la catégorie de troubles mentaux la plus commune, avec le risque de 28,8 % d'en être affecté durant la vie (Wittchen, 2011). Cependant, en Europe et dans certaines parties de l'Asie et de l'Afrique, la prévalence durant la vie de ces troubles est entre 9 % et 16 %.

D'après une étude de Gallup international (2018) un consortium international d'entreprises de sondage, 59 % d'entre eux ont été très angoissés ces derniers jours. Suivent

ensuite de près les Philippins (58 %) et les Tanzaniens (57 %). On retrouve ensuite à égalité parfaite, l'Albanie, l'Iran, le Sri Lanka et... les États-Unis 55 % des habitants de ces pays affirment avoir ressenti beaucoup d'angoisse dans les 24 dernières heures. Les Américains sont 20 points au-dessus de la moyenne mondiale, qui se situe à 35 %, et sont, selon ce sondage, plus angoissés que les Ougandais, les Vénézuéliens et les Rwandais. Le Cameroun comme tous les pays du globe font également face à une augmentation du nombre de personnes vivant des situations angoissantes.

L'angoisse qui est au cœur de la vie mentale suscite depuis longtemps un grand intérêt pour les chercheurs à travers le Monde. Freud (1933) fait partie des auteurs qui l'ont amplement questionné. La considération que Freud accordera à l'angoisse dans le champ clinique et la charge théorique qu'il lui reconnaîtra, lui permettront de circonscrire le champ d'investigation associé à cette question (Marie, 2011). Cette notion de psychologie ayant au préalable fait l'objet d'une réflexion philosophique est tout une expérience « psycho-métaphysique » (Jean-Claude, 2005).

En psychopathologie, l'angoisse désigne un état de mal-être qui se manifeste par une sensation interne d'oppression et de resserrement ressentis au niveau du corps. Ceci s'accompagnant généralement d'une crainte de malheur ou de mort imminente contre lesquelles le sujet se sent impuissant (Kapsambelis, 2007). L'angoisse n'est pas un signe psychopathologique en lui-même, mais le miroir d'un ensemble de phénomènes affectifs ; toutefois, si elle devient trop fréquente voire continue, elle devient un symptôme pouvant être corrélé à d'autres signes particuliers pour former un syndrome, ou se présenter de manière isolée à travers l'anxiété généralisée, ou névrose d'angoisse.

En effet, selon Petot (2018), tout le monde dès l'enfance éprouve l'anxiété ou névrose d'angoisse. Ressentir un peu de névrose d'angoisse est tout à fait normal. Elle nous protège et peut nous aider à faire face à une situation inquiétante ou peut-être dangereuse. L'angoisse est ressentie comme une crainte dont la cause est difficile à préciser. L'angoisse est alors liée à des événements particuliers et disparaît généralement dès que la vie reprend son cours normal. Toutefois, si elle est associée à certaines pratiques telles la consommation d'alcool et/ou de stupéfiants, l'anxiété ou la névrose d'angoisse peut devenir un problème (A.P.A, 1996). Ce qui pousse l'individu à trouver des moyens pour y faire face.

Parmi ces moyens, on trouve les stratégies d'ajustement ou coping qui désignent « l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celles-ci sur son bien-être physique et psychologique » (Lazarus et coll., 1984). Toute personne peut être confrontée à des situations angoissantes qui sont menaçantes et perturbantes pour elle. Face à ces situations, elle utilise des stratégies de coping pour faire face et maîtriser ses difficultés. D'après Graziani et Swendsen (2005) « le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet variable et instable, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet environnement, évaluée, comme dépassant ses propres ressources » (2005, p. 77). Dans les situations d'angoisse, comme le précise Klingemann et l'OMS (2001), l'individu utilise l'alcool comme stratégie pour se sentir mieux, pour réduire le degré d'angoisse dû à la situation à laquelle il est confronté et qui menace son bien-être.

La consommation d'alcool, figure donc comme une dimension de coping à part entière pour la gestion de certains malaises. Selon Bacon & al., (1997), « pour les sujets incapables de trouver une solution satisfaisante ou acceptable aux situations stressantes, boire peut devenir un coping dominant ». (Planche et Pontalis, 1967) pour leur part, voient en l'alcool un véritable médicament pour le stress. (Norberg & al., 2010) considère que l'alcoolisation est certes un coping, mais inadéquat face aux stressseurs de la vie moderne. En effet, l'alcool permettrait au sujet d'être moins intubé sur le plan comportemental et moins tendu dans les situations conflictuelles (Smaniotto 2008). Si l'alcool apparaît pour certains comme une alternatives pour faire face aux situations angoissantes de la vie, il demeure que si parfois sur le moment l'individu a la sensation d'aller mieux, avec le temps si une réelle solution n'est pas trouvée, l'alcool va participer à créer d'autres problèmes encore plus angoissants. De tout ce qui précède, nous pouvons, de manière précoce nous poser la question de savoir : comment les stratégies de coping mobilisées par les adultes consommateurs d'alcool contribuent-elles à les aider à gérer l'angoisse face à laquelle ils sont confrontés ?

1.1.2. Justification de l'étude

Cette étude a été motivée par le fait que nous avons observé dans la société des adultes qui jadis ne consommaient pas d'alcool qui se sont subitement à un moment donné de la vie mis à le consommer. Cherchant à comprendre ce qui a engendré leur consommation d'alcool, nous nous

sommes rendus compte qu'il s'agissait d'un moyen pour ces adultes d'atténuer ou de soulager leur l'angoisse face à laquelle ils sont confrontés. Ce qui nous a poussés à chercher à comprendre comment la consommation d'alcool pourrait-elle en tant qu'une réponse inadaptative contribuer à gérer ou à maîtriser leur souffrance psychique entendue dans le cadre de notre étude comme angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool.

L'angoisse est un sentiment difficile à définir, mais que tout individu a éprouvé dans des situations délicates. Quoique désagréable, c'est une perception souvent utile, nous permettant de nous préparer à affronter un danger et nous forçant à adopter un comportement approprié. Dans la plupart des cas, chacun trouve les moyens de maîtriser ses états d'angoisse et d'en identifier les raisons. Certaines personnes cependant, dans certaines circonstances, n'y parviennent pas ; se produisent alors des manifestations d'angoisse dont l'intensité est sans aucune proportion avec la cause apparente, et qui peuvent même survenir sans raison identifiable (La clinique E- santé, 2023). Lorsque l'intensité, la durée, la fréquence des états d'angoisse sont particulièrement marquées, elles retentissent sur l'ensemble de la vie de l'individu, interfèrent parfois gravement avec son bien-être, sa qualité de vie, son intégration dans la société : dans ces conditions, l'angoisse devient pathologique. Hic (2007) estime que 3 à 5 % de la population adulte souffrent ou ont souffert de ces états d'angoisse généralisée. 15 % environ des patients consultant le médecin praticien présentent des signes observables d'angoisse, dont en particulier une réaction d'inhibition, manifestant pour le sujet l'impossibilité de trouver un comportement qui lui permettrait de dépasser un blocage émotionnel. Cliniquement, l'angoisse pathologique peut s'exprimer de manière soit aiguë, soit chronique, ou par une combinaison de ces deux formes. Elle associe des phénomènes physiques autant que psychiques.

Les stratégies ou les réponses aux transactions angoissantes ne sont pas jugées mauvaises ou bonnes. Elles sont simplement définies comme des efforts que le sujet fait avec ou sans succès pour traiter des demandes. Il faut souligner également que le coping n'est pas un comportement unidimensionnel, le coping trouve sa fonctionnalité à plusieurs niveaux par le biais d'une multitude de comportements, cognitions et perceptions (Pearlin & schooler, 1978). Le coping peut être compris non seulement par sa fonction de « faire face » à un problème par le biais des stratégies appliquées, par l'influence de l'entourage et la situation mais aussi par sa fonction interne pour la personne. Les possibilités de réponse ou coping sont nombreuses et jouent un rôle très important dans l'adaptation. Le coping est un modulateur de la réaction psychologique

individuelle aux évènements angoissants dont la fonction est d'atténuer les conséquences de la détresse psychique.

Les personnes malades se réfèrent généralement aux spécialistes pour retrouver la santé. D'autres par contre trouvent des raccourcis et pensent que la consommation d'alcool peut tenter d'aider à résoudre ces problèmes d'anxiété. Or la consommation abusive d'alcool est en elle-même une pathologie. La consommation d'alcool par certaines personnes semble être une stratégie d'adaptation pour faire face à l'anxiété (Allison, & al., 1997), pourtant des méthodes cliniques plus adaptées existent pour faire face à ce malaise psychosomatique. Nous ressentons tous une anxiété face aux incertitudes de l'existence. Nous avons peur de tomber malade, de perdre des êtres chers. Cette émotion est normale, et l'on peut considérer qu'elle joue un certain rôle dans notre capacité à nous adapter à notre environnement. Mais pour beaucoup d'entre nous, l'anxiété n'est plus raisonnable. Elle n'obéit plus à la logique, elle devient envahissante et nous rend vulnérables. Il nous est alors difficile de trouver le sommeil, de nous concentrer, de nous contrôler. Notre esprit s'accroche à des pensées que nous n'arrivons pas à mettre à distance.

L'anxiété se dresse devant nous sans prévenir, et tout d'un coup la panique s'abat sur nous. Nos proches ne comprennent pas toujours cette souffrance qui ne relève pas d'une anomalie observable ou d'un problème concret. Mais l'anxiété est bien là et nous gâche la vie. Dans cette situation, les gens se retournent parfois vers l'alcool dans l'espoir de faire face à la situation qui les affecte. Sauf, qu'au lieu de participer à rétablir l'équilibre, l'alcool a généralement tendance à accentuer le problème et à faciliter la transformation de l'anxiété en pathologie. La problématique de l'alcool-dépendance et des moyens pour y faire face est de plus en plus au cœur des débats, ce qui nous a confortés dans l'idée de formuler notre thème de recherche ainsi qui suit : Stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool : une étude clinique des patients en situation d'anxiété à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Si l'anxiété fait partie intégrante de la vie en ce sens que tout individu y est confronté à un moment de sa vie, il demeure que le contexte socio-politico-économique actuel participe à accentuer la propension des populations à faire face à l'anxiété. Dans cette logique aucune société n'est à l'abri. Face à ces situations de plus en plus angoissantes, les populations camerounaises comme leurs congénères essaient tant bien que mal au quotidien de s'adapter. Malheureusement cette adaptation passe par le recours à la consommation d'alcool. Si l'alcool peut être considéré comme une stratégie de coping à part entière (Bacon & al., 2010), la

consommation d'alcool en soit représente un grand problème de santé publique. Cette situation de plus en plus visible au Cameroun et le constat fait au Centre Jamot ont participé à renforcer notre engagement à analyser l'angoisse ainsi que les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool.

1.2. CONSTATS ET PROBLÈME DE L'ÉTUDE

Dans le cadre de cette articulation de notre étude, nous reviendrons tour à tour sur les constats ayant motivé la réalisation de cette étude, de manière à mettre en évidence la formulation du problème et son positionnement.

1.2.1. Constats de l'étude

Ils se déclinent en constat empirique et constat théorique.

1.2.1.1. Constat empirique

Ayant constaté autour de nous que certains adultes qui jadis ne buvaient pas d'alcool se sont subitement plongés dans sa consommation, cela nous a amenés à nous poser la question de savoir ce qui pourrait expliquer ce changement brusque de leur comportement. Les personnes malades se réfèrent généralement aux spécialistes pour retrouver la santé. D'autres par contre trouvent des raccourcis et pensent que la consommation d'alcool peut aider à résoudre ces problèmes d'angoisse. Ainsi, pour mieux comprendre le phénomène, nous avons eu l'opportunité d'effectuer un stage à l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY), plus précisément dans le service de "Psychiatrie B". Durant notre séjour dans cet hôpital, nous avons observé lors des consultations des adultes en situation d'angoisse. Cette expérience clinique nous a permis d'observer que 4 patients sur 5 étaient alcoolo-dépendants. Des observations approfondies nous ont permis d'apprécier les stratégies que ceux-ci élaborent dans la perspective de faire face à leurs états d'angoisse. Nos recherches préliminaires nous ont montré une diversité d'actions engagées par les personnes alcoolo-dépendantes pour lutter contre leur angoisse, rendant ainsi difficile la capacité à identifier la meilleure stratégie et de permettre le rétablissement de l'équilibre chez ces personnes. Ce constat réalisé au cours d'une immersion nous a permis de nous entretenir régulièrement avec 2 patients alcoolo-dépendants en thérapie venus consulter pour problème d'angoisse. Ces entretiens nous ont donc permis d'isoler trois stratégies dans la perspective de faire face aux situations angoissantes : « celles centrées sur le problème à la base de l'angoisse », « celles centrées sur l'émotion » et « celles centrées sur le soutien social ». Loin de vouloir

évaluer ces stratégies, cette centration invite à mettre en évidence la compréhension du comment ces stratégies contribuent-elles à aider ces adultes consommateurs d'alcool à gérer leur angoisse.

Durant cette étape du stage, nous avons pu au regard de ce qui précède recueillir des informations préalables et confirmer la faisabilité de notre recherche. Pareillement, avec la revue de littérature, nous nous sommes interrogés sur l'angoisse et les stratégies de coping mobilisées par les adultes consommateurs d'alcool, car dans la plupart des cas, chacun trouve les moyens de maîtriser ses états d'angoisse et d'en identifier les raisons. Certaines personnes cependant, dans certaines circonstances, n'y parviennent pas. Ce qui nous a plongés dans la littérature pour mieux appréhender le phénomène.

1.2.1.2. Constat théorique

De tous les temps, l'homme a toujours essayé de se débarrasser de son malheur, et son mal-être à travers la consommation de plusieurs substances, dites psychoactives (Lejoyeux, 2001). Pour cet auteur, l'homme du début a trouvé son gain dans sa nature autour de lui (la botanique, les animaux), puis avec son intelligence malveillante, il a commencé à synthétiser plusieurs produits psychotropes, et qui sont devenus un fléau pour l'humanité parce qu'ils ont engendré des problèmes majeurs notamment la dépendance. De nos jours la consommation des produits psychotropes (drogue, cannabis, alcool et autres) est un phénomène populaire (Rosh, Haeusler, Facy, 1989). Elle est très répandue dans notre société et s'est propagée chez toutes les catégories d'âges (jeunes, adultes, et personnes âgées). De plus cette propagation concerne tous les pays du monde.

Si la consommation d'alcool fait partie des habitudes du quotidien, pour certaines personnes, elle peut devenir une stratégie d'adaptation malgré son insuffisance pour faire face à l'angoisse vécue en lien avec leur situation personnelle, familiale ou sociale (Allison & al., 1997). L'alcoololo-dépendance représente un véritable problème de santé publique. En 2005, selon OFDT, 10 % des adultes ont ou ont déjà eu un usage problématique de l'alcool. Selon des enquêtes menées aux États-Unis et au Royaume-Uni, le nombre de personnes ayant des problèmes de dépendance à l'alcool est presque deux fois plus élevé chez celles qui ont un problème de santé mentale, que dans la population en général (Barnett & al., 2007 ; Kessler & al., 1996.).

Une enquête canadienne sur la santé a démontré que ceux qui ont souffert d'une dépression majeure dans les douze derniers mois étaient plus susceptibles d'avoir abusé de l'alcool (12,3 %) que le reste de la population (7 %) (Lecoultre et Schutz, 2009). De même, ces personnes avaient une plus forte propension à connaître une dépendance à l'alcool (5,8 %) que les autres (2,6 %). Les Québécois qui reconnaissent avoir eu un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de leur vie sont trois fois plus susceptibles d'avoir un problème de dépendance à l'alcool que les autres (3,8 %, comparativement à 1,3 %) (Kairouz & al., 2008). Quant à ceux qui disent avoir été anxieux ou déprimés au cours des douze derniers mois, ils ont un risque quatre fois plus élevé d'être dépendants de l'alcool que les autres (6 %, comparativement à 1,5 %) (Kairouz & al., 2008).

Bien que ces chiffres soient stables depuis les années quatre-vingt-dix, 8 % des français âgés de 15 à 75 ans peuvent être considérés comme ayant un risque de consommation chronique. Cependant, selon cet organisme, il est difficile d'évaluer le nombre exact de sujets alcoolo-dépendants (OFDT, 2005). En effet, selon les études et la méthodologie employée (repérage au téléphone, à partir de grilles...), ces chiffres varient du simple au double. Néanmoins, Smaniotto (2008) estime à cinq millions le nombre de consommateurs excessifs, avec deux à trois millions de sujets alcoolo-dépendants. L'alcoolisme a la particularité de toucher tous les domaines de l'existence (Précarité sociale, problèmes médico-légaux, famille, santé, travail...), et représente un coût pour la société. La santé est particulièrement affectée. En effet, parmi les patients hospitalisés, 7 % seraient dépendants à l'alcool, de même 5 % des consultations médicales concernent ce problème (Mouquet & Villet, 2002). En France, 45000 personnes décèdent chaque année à cause de l'alcool. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable (après le tabac) selon l'OMS (2019). C'est la population masculine qui paie le plus lourd tribut, avec une surmortalité liée à l'alcool de 30 % supérieure à la moyenne européenne (Arwidson & al., 2005). Selon le rapport 2020 de l'OMS, le plus grand consommateur d'alcool dans le monde est la Biélorussie, avec une moyenne annuelle de 14,3 litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans. D'autre part selon un article du journal Le Monde (2022), plus de 280 milliards litres d'alcool avaient été consommés dans le monde en 2021, dont 54 milliards uniquement en Chine, deuxième consommateur mondial en terme de volume. Les États-Unis étaient classés comme le quatrième plus grand pays producteur en 2020, avec un volume de production s'élevant à 22,8

millions d'hectolitres, soit deux fois moins que la France. L'Italie et l'Espagne exportaient un peu moins de la moitié de leur production à l'étranger.

De nombreux travaux ont montré que l'alcool est devenu « un bien de consommation largement répandu en Afrique, approprié et assimilé dans la vie quotidienne » (Van Wolputte & Fumanti, cités par Frisch, 2018, p 11). D'après le rapport 2020 de l'OMS, le Gabon reste le premier consommateur d'alcool en Afrique, pour la troisième année consécutive, avec une moyenne de 9,1 litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans. À l'échelle continentale, le Gabon est suivi par le Cameroun (9 litres) et le Nigeria (8,9 litres). Les pays africains les plus sobres sont les Comores (0,14 litre), l'Algérie (0,11 litre) et le Niger (0,10 litre). Les pays africains les plus sobres sont les Comores (0,14 litre), l'Algérie (0,11 litre) et le Niger (0,10 litre). D'après le journal le Jour (2023) l'alcool est un produit de grande consommation au Cameroun. Le rapport du cabinet LV Next Century, révèle que les Camerounais ont consommé près de 600 millions d'hectolitres de bière en 2019, soit 9 litres d'alcool pur environ par an et par personne. Cette consommation a connu une croissance de 2,8% au 2e trimestre en 2023, malgré une hausse de l'inflation (8%) (Investir au Cameroun, 2023).

Aux traditionnelles bières, il faut ajouter des dizaines de millions de litres de bières artisanales consommées par les couches défavorisées ainsi que les trois milliards de FCFA d'importation de spiritueux, sans oublier les millions de litres de vin. Ce taux élevé de consommation d'alcool observé à travers le monde et dans les pays africains s'explique par l'angoisse que vivent ces populations au quotidien (Martain & al, 1988).

La consommation d'alcool reste, selon les données du baromètre de santé 2014 (Richard & al., 2014), un enjeu majeur de santé publique. Elle est en effet la deuxième cause de décès évitable, après la consommation de tabac, notamment à cause des complications liées à une consommation répétée (cancers, cirrhoses, accidents...). Si la consommation d'alcool est souvent liée, dans les pays industrialisés, à une pratique culturelle et prend une place importante au cours d'événements festifs (Klingemann et l'OMS, 2001), elle peut également être utilisée comme une aide face à des moments anxiogènes. On peut constater que le rôle anxiolytique de l'alcool, décrit dès les années 50 par (Conger, 2016) dans la théorie de « tension-réduction » de l'alcool, est communément admis. Par exemple de nombreux sites web ciblant les problèmes de consommation d'alcool (INPES, Alcool info services...) présentent les effets pervers à utiliser

l'alcool comme une aide face à une situation vécue comme stressante. Dans cette perspective, Chouanière (2008) met en garde sur le recours à la consommation d'alcool comme stratégie d'ajustement face à l'angoisse de la vie. L'angoisse est la forme ultime de l'anxiété. Elle se manifeste sous forme de crises d'anxiété sévère, que l'on appelle aussi des attaques de panique ou des crises d'angoisse assez fréquentes : chaque année, 11% de la population fait une crise d'angoisse, majoritairement des femmes (OMS, 2023) qui nous invite à formuler le problème de notre étude.

Eu égard de ce qui précède du constat empirique et du constat théorique, il transparait clairement qu'il existe réellement le phénomène de la consommation d'alcool en situation d'angoisse. Ce qui nous conduit à la formulation du problème de l'étude.

1.2.2. Formulation du problème de l'étude

L'alcool à cause de son principal ingrédient, l'éthanol est considéré comme une drogue faisant partie de la famille des anxiolytiques. Cette substance d'après un rapport de Inserm publié en 2023, a de nombreux effets sur l'activité neuronale du cerveau, une importante libération de dopamine, molécule du plaisir, ainsi qu'une stimulation des endorphines, une « morphine » naturelle produite par le cerveau, d'où son effet relaxant. On distingue trois types de consommation d'alcool : la consommation récréative, celle abusive et celle avec dépendance. De façon générale, la consommation récréative s'avère sans risque, la consommation abusive est selon le DSM4-TR (2000), un mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative avec des conséquences majeures tant dans la sphère personnelle que professionnelle. La consommation avec dépendance quant à elle correspond à un mode d'utilisation inadapté d'alcool ou de toutes autres substances conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence de trois (ou plus) manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. Le consommateur à ce stade fait face à un problème majeur qui est la dépendance à l'alcool et ce que les spécialistes dans ce domaine, appellent : l'alcoolisme. Dans le cadre de notre étude, c'est l'alcoolodépendance qui nous intéresse.

L'OMS (2008) Définit l'alcoolique comme : « un buveur excessif donc la dépendance conduit à une consommation responsable d'un trouble mental, ou physique, affectant à un degré variable, son comportement, ses relations sociales, familiales et son statut économique ». Selon

les chercheurs de l'OMS (2008), il existe deux types d'alcoolisme, « aigu » qui est une surconsommation occasionnelle de boisson alcoolique et l'alcoolisme « chronique » qui est dû à une consommation excessive d'alcool entraînant la dégradation des organes à l'instar du foie, du système neurologique... De plus en plus de gens deviennent dépendants à la consommation d'alcool, notamment les jeunes, car il leur procure de nouvelles sensations. Aussi, l'alcool apparaît de plus en plus comme un moyen pour résoudre les problèmes, et soulager l'angoisse. Peut-être aussi pour avoir un certain statut social, et pour l'estime de soi. Enfin on peut regrouper le tout dans les facteurs : psychophysiologiques, socioculturels, économiques, qui sont les vrais motifs de consommation, chronique de l'alcool.

D'après un rapport de l'OMS (2022), L'usage nocif de l'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. L'usage nocif de l'alcool entraîne 3 millions de décès chaque année dans le monde, ce qui représente 5,3 % de l'ensemble des décès. Soit environ 1 décès sur 20. Selon le même rapport, sur l'ensemble des décès attribuables à la consommation d'alcool dans le monde, 29 % étaient dus à des blessures, 21 % à des maladies digestives, 19 % à des maladies cardiovasculaires, 13 % à des maladies infectieuses et 12 % à des cancers (1). La consommation d'alcool est au septième rang des facteurs de risque ayant le plus d'impact sur la mortalité et l'incapacité dans le monde. Elle est au premier rang chez les personnes de 15 à 49 ans, soit environ 10 % de la mortalité mondiale pour ce groupe d'âge (2). Selon toujours l'OMS (2023), la consommation abusive de l'alcool est responsable de plus 12 % des décès chez les adultes de 25 à 29 ans dans la région africaine.

Au Cameroun comme dans la plupart des pays tant occidentaux qu'africains, l'alcool est l'une des causes les plus importantes de morts et d'accidents de la route. Malgré les campagnes de sensibilisation sur les dangers et méfaits de l'alcool sur les humains et leurs environnements, ce phénomène est de plus en plus grandissant (INSPQ, 2016). La croissance du phénomène d'alcoolodépendance dans notre société aujourd'hui s'explique par le fait que, quelle soit sa personnalité, l'homme est au quotidien confronté à des situations stressantes et perturbantes. En vue de faire face à ces situations, les personnes en situations de détresse recourent à la consommation d'alcool comme stratégie de coping dans le but de maîtriser leurs souffrances psychiques.

Les alcoolodépendants se servent de ces stratégies pour se sentir mieux et réduire le degré de stress découlant de la situation perturbante. Ces actions visent entre autres à la recherche

du bien-être, d'une solution aux problèmes, d'un soutien pour chasser son mal-être, bref d'un remède pour sa souffrance. C'est en fait un moyen pour un individu en situation d'angoisse de réagir dans le but de faire face à ses problèmes. Des travaux ont déjà abordé l'étude de l'usage des stratégies de coping comme moyen pour faire face aux situations de mal-être chez les alcoolodépendants. Ces travaux ont mis en exergue le fait que la consommation de l'alcool, figure comme une dimension de coping à part entier (Martain et al., 1988), ont montré que pour les sujets incapables de trouver une solution satisfaisante ou acceptable aux situations angoissantes, boire peut devenir un coping dominant. Planche et Planche (1992), quant à eux découvrent que l'alcool est perçu par bon nombre comme un véritable médicament de stress (Smantotto, 2008) pour sa part considère que l'alcoolisation comme un coping est inadéquate face aux stressors de la vie moderne. En effet, pour ce même auteur, l'alcool dans cette perspective permettrait au sujet d'être moins intubé sur le plan comportemental et moins tendu dans les situations conflictuelles. Ces études ont en commun le fait d'avoir été réalisées en contexte occidental. Ce qui soulève la question de la possibilité de leur usage en contexte camerounais et africain. Plusieurs paradigmes théoriques sont régulièrement convoqués par ces auteurs.

L'OMS (2019) estime que 3 à 5 % de la population adulte souffrent ou ont souffert de ces états d'angoisse généralisée. 15 % environ des patients consultant le médecin praticien présentent des signes observables d'anxiété, dont en particulier une réaction d'inhibition, manifestant pour le sujet l'impossibilité de trouver un comportement qui lui permettrait de dépasser un blocage émotionnel. En nous appuyant sur l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman, 1984) qui est un ensemble de réponses spécifiques à des situations stressantes ainsi que sur la théorie cognitivo-comportementale de Beck (1976) qui se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, plusieurs individus en situation d'angoisse recourent à la consommation d'alcool. Nous avons à cet effet pu toucher du bout des doigts cette situation au cours d'une immersion de quinze jours à l'HJY à travers les entretiens avec 2 patients alcoolodépendants en thérapie pour angoisse. Si ces entretiens ont permis de confirmer l'usage par ces patients de l'alcool comme stratégies de coping, elles ont aussi permis d'opérer un retour aux nosographies classiques et à isoler trois stratégies mises en place dans la perspective de faire face aux situations angoissantes : « celles centrées sur le problème à la base de l'angoisse », « celles centrées sur l'émotion » et « celles centrées sur le soutien social ». Dans

cette perspective, il se pose le problème lié à la gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool d'où la question de savoir quelle est la contribution des stratégies de coping dans la gestion des situations angoissantes chez les adultes consommateurs d'alcool ? Ce questionnement est au cœur du positionnement du problème de cette étude.

1.2.3. Position du problème de l'étude

Au regard des travaux antérieurs sur la théorie cognitivo-comportementale de Smanioto (2008); Fernandez, Lafon & Sztulman (1999); Beck et Freemann, (1993); Gérard et Nagels (2017); Baumrind 1991) ainsi que celle de Lazarus et Folkman (1984b) ; Lazarus et Launier, (1978) sur la théorie du coping ainsi que les travaux Lazarus & Folkman (1984) sur la théorie transactionnelle, cognitive de Beck (1976) et de l'apprentissage de Bandura (1986), il ressort qu'en situation d'angoisse, l'individu mobilise des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion, des stratégies de coping centrées sur le soutien social associées aux processus cognitifs mentaux, psychologiques et comportementaux pour gérer son angoisse. Ce qui n'est pas le cas pour Greenberg & Padesky (2004); Neil & al., (2005); Gallup international (2018) qui abordent la question de la gestion d'angoisse en mettant uniquement l'accent sur la consommation d'alcool comme réponse chez le sujet pour inhiber son angoisse. Ils se sont limités à constater la fréquentation, les pratiques, les satisfactions, les attentes de la consommation d'alcool chez les adultes angoissés. Or dans la présente étude qui après notre observation menée sur le terrain auprès des adultes consommateurs d'alcool, nous avons constaté que lorsqu' un individu est confronté aux situations angoissantes, boire seulement l'alcool ne l'aide pas à s'affranchir de sa détresse psychique, car après avoir toujours consommé l'alcool, la même angoisse refait surface lorsque les effets d'alcool s'estompent. D'où la problématique de gestion d'angoisse chez les adultes alcoolodépendants à travers la mobilisation des stratégies de coping. Toutefois, après avoir pris conscience de la situation angoissante, il commence à élaborer des stratégies d'adaptation autres que la consommation d'alcool pour mieux affronter son angoisse. Il s'agit entre autres du coping centré sur le problème, du coping centré sur l'émotion et du coping centré sur le soutien social.

À partir d'une approche qualitative, nous cherchons à comprendre, à expliquer le phénomène de la gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool. Ainsi, la présente étude qui s'inscrit dans la dynamique d'une analyse approfondie en considérant l'individu dans sa sphère globale pris dans sa singularité, nous ambitionnons à travers une étude qualitative dont le

but est de développer des concepts sur l'angoisse, l'alcool, les stratégies de coping et sur l'adulte qui nous aideront à cerner le phénomène social lié à la gestion d'angoisse dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants (Mays et Pope, 1995, p.22). De ce fait, cette étude nous permettra de comprendre comment les stratégies de coping aident l'adulte consommateur d'alcool à mieux gérer l'angoisse qui perturbe sa santé mentale.

1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE

La question à laquelle nous cherchons à répondre dans cette étude est formulée comme suit : Comment les stratégies de coping contribuent-elles à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool ?

1.3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Selon Grawitz (1993) l'hypothèse est une proposition conjecturale constituant une réponse possible à la question de recherche. Dionne (1998), souligne la nécessité de formuler une hypothèse dans un travail scientifique car refuser la formulation explicite d'un corps d'hypothèse fondé sur la théorie, c'est s'engager à des présupposés qui ne sont autres que des prénotions de la sociologie spontanée et de l'idéologie. Nous allons saisir la réalité de notre analyse à partir d'une hypothèse principale et des hypothèses subsidiaires.

La théorie cognitivo-comportementale associée à celle du coping étant les bases théoriques de cette étude, nous retenons parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation, les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, etc.) et ses motivations générales (valeurs, but, intérêts, etc.). Un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe). Les personnes croyant que c'est leurs comportements (internalité) plutôt que des causes externes, comme la chance, le hasard, ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage des stratégies de coping centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72). D'après Grazian et Swendsen (2005, p. 77) « le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet variable et instable, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement, évaluée, comme dépassant ses propres ressources ».

Selon le rapport de Clinique E- Santé publié en 2023, très souvent, chacun trouve les moyens de maîtriser son angoisse et d'en identifier les raisons. Certaines personnes cependant, dans certaines circonstances, n'y parviennent pas ; se produisent alors des manifestations d'angoisse dont l'intensité est sans aucune proportion avec la cause apparente, et qui peuvent même survenir sans raison identifiable. Ce même rapport renchérit en relevant des styles de coping stables que chaque individu mobilise préférentiellement plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. C'est un processus qui change en fonction des situations, et en fonction de la façon donc l'individu les évalue (Lazarus et Folkman 1984, Bruchon-Schweitzer, 2002). Ils ont élaboré des stratégies de coping centrées respectivement sur le problème, sur l'émotion et sur le soutien social susceptibles d'aider des adultes consommateurs d'alcool à pouvoir faire face aux situations angoissantes auxquelles ils sont souvent confrontés.

Ainsi, notre hypothèse générale se formule comme suit : les stratégies de coping contribuent à gérer au mieux l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool.

La question et la formulation de l'hypothèse de recherche de notre étude nous conduisent à son objectif.

1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette recherche est organisé autour de notre question de recherche. Il se résume donc en un objectif général qui est le suivant : appréhender comment les stratégies de coping contribuent à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool.

1.5. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Cette étude s'articule sur l'analyse de l'angoisse et les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool. La problématique prend son fondement sur la volonté de comprendre comment les stratégies de coping sont utilisées par les adultes consommateurs d'alcool pour la gestion de leur angoisse. Dans cette perspective, ce travail présente trois types d'intérêts à savoir, l'intérêt scientifique, l'intérêt social et l'intérêt personnel.

1.5.1. Intérêt scientifique

Considérant que la consommation d'alcool par certaines personnes semble être une stratégie d'adaptation pour faire face à l'angoisse Krummel et Allison (1995), nous constatons que plusieurs auteurs ne se sont pas intéressés aux stratégies de coping adaptées à la menace chez les adultes. Toutefois des auteurs à l'instar de Lazarus et Folkman (1984), ont montré que les consommateurs d'alcool à travers le coping-problème et le coping-émotion pouvaient développer

des stratégies d'ajustement leur permettant de se mettre à distance raisonnable des menaces générées par leurs différentes situations d'angoisse.

Les stratégies ainsi mises en place par l'individu pour faire face aux situations angoissantes auxquelles il est confronté peuvent être analysées dans la perspective de la théorie cognitivo-comportementale associée à celle du coping qui accorde une grande valeur à l'explication du comportement observable, aux cognitions liées aux pensées et aux sentiments des sujets souffrants. Ainsi, ce travail permet de valider les modèles existants, ce qui permettra aux futurs chercheurs qui s'intéresseront aux stratégies de coping chez les consommateurs d'alcool d'avoir une connaissance sur l'influence de l'angoisse en rapport avec l'alcoolodépendance suscitant ainsi un intérêt social.

1.5.2. Intérêt social

Sur le plan des retombées pratiques et sociales, la présente étude met en lumière certaines recommandations en lien avec l'intervention psychoéducative auprès des adultes consommateurs d'alcool. En effet, le développement des stratégies adaptatives chez les adultes à l'aide de programmes de prévention pourrait permettre d'augmenter leur répertoire de stratégies adaptatives positives afin de faire face aux nombreux événements de vie angoissante auxquels ils sont exposés.

Pour Barnwell et al., (2006) l'alcoolodépendant crée divers problèmes avec son entourage, on trouve des violences conjugales et de déchéance de relation familiale adéquate. L'alcoolisme est une maladie complexe dans laquelle sont intriqués des facteurs génétiques de vulnérabilité individuelle et des facteurs environnementaux. Les facteurs socioculturels favorisent les habitudes d'alcoolisation (profession à risque, milieu social défavorisé, immigration récente, chômage, incitations fortes comme la publicité, prix modérés, nombre élevé de débits de boissons, tolérance de l'opinion, intérêt économique, etc.). (Holahan et Moos, 1991) ont élaboré un modèle associant les stressors et les ressources (individuelles et sociales) avec leurs effets sur la dépression. Les ressources qui sont impliquées dans ce modèle comprennent la confiance, une disposition plutôt détendue, l'utilisation des stratégies de coping active les ressources individuelles et le soutien familial quant à lui active les ressources sociales. Le choix de ces variables vise à démontrer leurs effets sur les réponses de coping. Nous sommes souvent témoins des accidents causés par les conducteurs en état d'ivresse. Ce travail contribuera à coup sûr à une réelle et véritable sensibilisation sur l'alcoolisme à l'effet de renforcer les prises de conscience

afin de préserver nos sociétés. Ce qui nous conduit à nous pencher sur l'intérêt personnel que nous offre ce travail de recherche.

1.5.3. Intérêt personnel

La présente étude vise à apporter une plus-value dans la prise en compte des processus psychologiques sur les stratégies de coping chez les consommateurs d'alcool angoissés. En tant que psychologue clinicien, cette étude sera pour nous un moyen de faire avancer les connaissances en ce qui concerne la compréhension de certains comportements relatifs à l'addiction à l'alcool dans le but d'explorer des méthodes cliniques plus adaptées existant pour faire face à la menace. Cette étude se déroulant dans un contexte précis, nous amène à élaborer sa délimitation.

1.6. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE

La délimitation du champ de l'étude est une étape des plus importantes de la recherche. Elle interpelle le chercheur au devoir de précision ayant un rapport direct avec l'étude. C'est ainsi que nous aurons à faire à une délimitation théorique et à une délimitation spatiotemporelle.

1.6.1. Délimitation théorique

Il s'agit dans cette partie de circonscrire les contours théoriques de notre étude, c'est-à-dire, de présenter la théorie qui cadre le mieux avec notre sujet. Selon divers auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques, mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dites positionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles variables des situations (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72). Il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilise préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie (Ibid, p72). Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, ceci dépendamment de ses caractéristiques cognitives et conatives, ainsi que de son histoire (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.361).

Les thérapies comportementales et cognitives représentent l'application de principes issue de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de

l'information. On parle actuellement des thérapies comportementales et cognitives des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

1.6.2. Délimitation spatio-temporelle

Bien que l'angoisse soit une pathologie qui ne trie pas ses clients, nous avons trouvé opportun de mener notre étude auprès des consommateurs d'alcool de la ville de Yaoundé plus précisément des sujets se trouvant à l'Hôpital Jamot situé dans le département du Mfoundi arrondissement de Yaoundé 1er. De la sorte nous comptons collecter des informations relatives à notre travail dans ce milieu en restant dans le strict respect des règles de confidentialité et d'éthique de la recherche.

Ayant présenté les différents aspects liés à la délimitation de notre étude, il est indispensable dans la suite de notre travail de clarifier les concepts clés utilisés.

1.7. CLARIFICATIONS DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE

Le caractère polysémique de certains concepts et termes peut créer des confusions et malentendus chez le lecteur. Leurs définitions permettent de les présenter dans leurs contextes afin qu'elles rendent fidèlement compte de la réalité que l'on veut décrire. Pour Durkheim (1917), le savant doit d'abord définir les choses dont il traite, que l'on sache bien de quoi il est question. Dans cette perspective, nous allons dans le cadre de cette articulation de notre travail définir les concepts phares. Il s'agit : de l'angoisse, des stratégies de coping, de la personne adulte, de l'alcool et de l'alcoolisme.

1.7.1. Angoisse

Du latin *Angustia*, l'angoisse qui désigne un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs a émergé en philosophie avec Kierkegaard (1935) dans son ouvrage le concept de l'angoisse. Non loin de la définition qu'en fait la psychanalyse, l'angoisse est fréquemment utilisée par les philosophes contemporains pour désigner un état d'inquiétude métaphysique et morale. Elle se caractérise par une sensation interne d'oppression et de resserrement et par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou d'une grande souffrance devant laquelle on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre. De manière classique, l'angoisse est un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet, une crainte d'un danger imprécis. Elle est irrationnelle, illogique et disproportionnée. L'angoisse qui s'apparente à l'anxiété est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019) comme le « sentiment d'un danger imminent

indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement ».

Pour Sillamy (1991) l'angoisse est une extrême inquiétude, une peur irrationnelle. C'est une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'impression diffuse d'un danger vague imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant. Dans certains cas, ce n'est pas la situation réelle qui engendre l'angoisse, mais des fantasmes, des représentations imaginaires d'une situation conflictuelle inconsciente.

En psychanalyse, l'angoisse désigne un affect de déplaisir, plus ou moins intense, qui se manifeste à la place d'un sentiment inconscient chez une personne dans l'attente de quelque chose qu'elle ne peut nommer. Pour Lacan (1962-1963), ce qui constitue l'angoisse, « c'est quand quelque chose, n'importe quoi vient apparaître à la place qu'occupe l'objet cause du désir ». Pour cet auteur, toute réponse qui se veut comblant ne peut qu'entraîner le surgissement de l'angoisse. Dans le cadre de cette analyse, nous considérons l'angoisse comme un malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller jusqu'à la panique.

1.7.2. Stratégies de coping

Confronté à des demandes physiques et psychologiques très intenses, l'Homme répond par des stratégies comportementales et cognitives appelées, en anglais, coping, en français, faire face ou adaptation. Pour une meilleure compréhension du concept « stratégies de coping », il convient de clarifier d'abord la notion de « stratégie » et celle de « coping »

Stratégie : selon Bloch, Chemam et al., (1991, p. 752), une stratégie « est la coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie, les connaissances, les opérations cognitives et les actions ». En psychologie cognitive, une stratégie désigne une règle ou une procédure permettant d'opérer une sélection parmi les options qui sont déjà disponibles, ou d'en construire de nouvelles. Dans le cadre de notre étude, une stratégie est la manière d'élaborer, de diriger et de coordonner des plans d'action afin d'aboutir à un objectif déterminé, programmé sur le court ou le long terme.

Coping : Le coping n'a pas une définition univoque ; elle dépend de la perspective théorique adoptée. Les premières analyses sur le sujet, qui datent des années soixante, ont débuté dans la tradition des recherches psychanalytiques sur les mécanismes de défense. Pour Haan (1965), le coping se distingue du comportement défensif, puisque ce dernier, par définition, est

rigide, compulsif, indifférencié et déforme la réalité, alors que le coping est flexible, différencié et a un but orienté sur la réalité.

Selon la théorie transactionniste le faire face ou coping est « un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles » (Lazarus, Folkman, 1984). Dans le cadre de notre étude, le coping représente l'ensemble des actions qu'un individu ou qu'un groupe met en œuvre afin de résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons définir les stratégies de coping ou d'ajustement comme « l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique » Fischer, 2002, p.264). Dans le cadre de notre étude, les stratégies de coping désignent l'ensemble des procédures et processus qu'un individu peut imaginer et installer entre lui et un événement qu'il juge inquiétant, voire dangereux, afin d'en maîtriser les conséquences potentielles sur son bien-être physique et psychique.

1.7.3. Personne adulte

Dans son sens le plus général, un adulte est un individu biologiquement stable qui, ayant acquis sa maturité sexuelle, est susceptible de se reproduire. Du point de vue biologique, la personne adulte c'est tout être qui a à peu près atteint son complet développement, sinon dans ses dimensions du moins en ce qui concerne la reproduction, qui, par conséquent, est apte à se perpétuer par voie sexuelle (Encyclopédie Universalis, 1980). On peut aussi considérer la personne adulte comme personne qui est parvenue à la période de plein épanouissement physique et moral succédant à l'adolescence (Zazzo, 1969). L'âge adulte est donc la période de la vie comprise entre la fin de l'adolescence et la vieillesse. Il est synonyme de maturité et de responsabilité, mais c'est avant tout une période où la personne est en constant développement.

La personne adulte est une personne responsable de ses actes. Elle peut se projeter dans l'avenir en intégrant les normes, les valeurs, les interdits, et développer des compétences dans le lien à l'autre sans déroger à ses obligations (Calvès & al, 2006). Sa capacité à faire avec l'autre et au milieu des autres sans chercher à être le centre comme un enfant pourrait le demander, devient un facteur de cohésion sociale, garant d'une vie en société décente et acceptable pour tous (Jaspard et al., 1997).

La période de la vie adulte est constituée de multiples changements et de choix, auxquels la personne aura à faire face. Elle fait des expériences qui lui permettent de grandir toujours un peu plus vers une maturité stable et satisfaisante, pour elle et les personnes qui la côtoient. Ce processus de maturité implique une adaptation constante. Elle est amenée à résoudre des problèmes complexes, poser des choix, s'adapter aux changements de rôles (Jaspard & al., 1997), acquérir des compétences dans différents domaines et trouver des réponses face aux incertitudes de la vie. Pour être considérée personne adulte, l'autonomie acquise doit recouvrir plusieurs champs : Physiologique (fonctionnelle, corporelle), Financière (assume ses besoins), Psychologique (libre arbitre, libre choix, sait poser des priorités, capable de se contenir, connaît les effets de son comportement sur autrui) et Morale (éthique personnelle, valeurs et vertus, honore ses engagements, sait parler de ses difficultés) Zazzo, (1969).

L'âge adulte est composé de deux périodes : le jeune adulte (25 – 35/40ans) et l'adulte (35/40 – 60 ans) (Galland, 2009). Le jeune adulte commence à assumer sa vie et prévoit généralement de s'engager dans une relation plus durable pour fonder une famille. Cela signifie : une capacité de partager avec une autre personne, prendre soin d'elle, sans avoir la crainte de la perdre ou de se perdre dans la relation. L'incapacité de rester en relation durable peut provenir de difficultés liées à l'enfance, à accepter l'autre dans son entièreté, ou des peurs irraisonnées. Souvent cela conduit à l'isolement (le sentiment d'être seul, sans personne avec qui partager ou de qui s'occuper) même si la personne semble très entourée par ses amis ou par une suractivité professionnelle ou des passions (Corin & Klijzing, 2001).

Le jeune adulte peut développer une attitude de suffisance, rejetant les personnes qui ont une opinion différente, et décourage toute remise en question, innovation ou changement. Il se conforme à ce qu'il pense que l'on attend de lui plutôt que de développer ses convictions de façon autonome. Il a aussi tendance à faire ses expériences sans trop réfléchir, s'en remettant au jugement de Dieu. L'adulte (35/40 – 60 ans), l'âge de la trentaine connaît bien souvent des remaniements (Galland, 1996). A cette période, la personne développe l'introspection personnelle, bien souvent, elle veut se poser et faire un bilan sur ses choix de vie. Un besoin de devenir maître de ses choix propulse la personne adulte dans la prise de conscience des freins inconscients qui l'empêchent d'avancer (Marcelli, 2010). Dans cette analyse, nous situons notre définition de l'adulte dans la perspective des psychanalystes pour qui l'âge adulte est la période après l'adolescence caractérisée par le détachement de l'individu vis-à-vis de l'autorité parentale.

C'est le moment de la vie où l'individu gère ses actions en fonction de son idéal et non plus par rapport à ce que lui demandent ses parents.

1.7.4. Alcool

Le mot « alcool » vient du mot arabe « al-kuhl » qui signifie la « poudre impalpable, la poussière ». La molécule chimique présente dans l'alcool est désignée par les scientifiques « alcool éthylique » ou « éthanol », avec la formule $\text{CH}_2\text{CH}_3\text{OH}$ (Bloch et al., 1999). Il provient de la résultante du métabolisme des levures qui dédouble les sucres en alcool et en gaz carbonique. Le point de fusion de l'éthanol se situe à -114°C , son point d'ébullition à $78,3^\circ\text{C}$. L'éthanol pur est incolore, dégage une odeur forte, brûle la gorge lorsqu'on le boit. Il est également soluble dans l'eau (ISPA, 2004).

Pour ce qui est des boissons distillées, on trouve parmi elles les eaux-de-vie. Alors que les boissons fermentées ne peuvent avoir un degré d'alcool supérieur à 16° , les eaux-de-vie titrent de 40 à 50° : les eaux-de-vie de cidre type calvados (40°), les eaux-de-vie de grain type whisky (jusqu'à 50°). Les spiritueux sont des apéritifs à base de vin (porto, 20° , madère, 17°) ou à base d'alcool (anis ou pastis, 45 à 50°) ou encore des bitters. Les liqueurs ou digestifs sont des boissons très sucrées à base d'eau-de-vie fortement aromatisée de 15 à 60° (Bloch & al., 1999). D'après Bloch & al., (1999), l'alcool ingéré est absorbé au niveau du duodénum, il arrive massivement au foie par l'intermédiaire de la veine porte. Trois systèmes enzymatiques (ADH, catalase et méos) transforment l'éthanol en acétaldéhyde. Celui-ci à son tour, par des mécanismes complexes, est métabolisé en acétate, qui est éliminé par l'organisme. Dans cette étude, l'alcool est compris comme toute substance chimique susceptible de modifier le comportement physique et cognitif de la personne qui le consomme.

1.7.5. Alcoolisme

La création du concept d'alcoolisme en 1849 a été introduit par le médecin suédois Magnus Huss. L'alcoolisme est une maladie chronique caractérisée par une addiction à l'alcool et une consommation incontrôlée, l'alcoolisme est l'incapacité à maîtriser sa consommation d'alcool en raison d'une dépendance à la fois physique et émotionnelle aux boissons alcoolisées. D'après Bloch et al., (1999), l'alcool ingéré est absorbé au niveau du duodénum. Il arrive massivement au foie par l'intermédiaire de la veine porte. Trois systèmes enzymatiques (ADH, catalase et méos) transforment l'éthanol en acétaldéhyde. Celui-ci à son tour, par des mécanismes complexes, est métabolisé en acétate, qui est éliminé par l'organisme. L'alcoolisme correspond à

ce que l'OMS appelle « usage nocif d'alcool ». Cette dernière définit cette notion comme étant un mode de consommation de l'alcool qui est préjudiciable à la santé et dont les complications peuvent être physiques ou psychiques (OMS, 2000). Pour l'American Psychiatric Association (APA, 2006), il s'agit d'un mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois : utilisation répétée de l'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ; utilisation répétée de l'alcool où cela peut être physiquement dangereux ; problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de l'alcool ; utilisation de l'alcool malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistant ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool. Dans ce travail, nous entendons par alcoolisme un état chronique résultant de la consommation habituelle d'alcool.

Au terme de ce chapitre qui avait pour objectif de présenter les différents aspects qui permettent de mieux cerner notre étude, il ressort que certaines personnes gèrent leur angoisse en consommant de l'alcool, ce qui parfois à long terme participe à créer d'autres problèmes qui, associés à leur angoisse quotidienne leur gâchent la vie. Dans cette perspective, certains adultes consommateurs d'alcool mettent en œuvre un ensemble de stratégies pour faire face à leur angoisse. Une revue de la littérature est nécessaire pour mieux comprendre ce sujet portant sur les stratégies ainsi mises en œuvre pour faire face à l'angoisse par les adultes consommateurs d'alcool.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

À la suite de la problématique, ce chapitre vise à mettre en exergue les variables de notre étude. Elle vise à faire le point sur les données actuelles concernant l'usage des stratégies de coping dans la gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool. Encore appelée recension des écrits, la revue de la littérature est un inventaire et un examen critique de l'ensemble des publications ayant rapport à un sujet d'étude (Fortin, 2006) Son but est de déterminer ce qui a été écrit sur un sujet et de mettre en lumière la façon dont il a été étudié (Fortin, 2006). Dans cette étude portant sur les stratégies de coping et gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool, nous présentons l'état des recherches sur l'angoisse, sur l'angoisse chez les adultes alcoolodépendants et sur l'usage des stratégies de coping chez ces derniers en situation d'angoisse.

2.1. LITTÉRATURE SUR L'ANGOISSE SELON LES TRAVAUX DE Freud (1916) Bergeret (1996) & Marie (2011) & Freud (1926)

Pour mieux cerner la thématique de cette recherche, il est important de revenir dans un premier temps sur l'analyse de la notion d'angoisse. Il s'agit notamment de revisiter cette notion en insistant sur ses caractéristiques et sur ses différentes conceptions, bref d'un retour sur l'angoisse en tant que phénomène largement abordé aussi bien en psychanalyse qu'en psychologie.

2.1.1. Angoisse dans le présent et le devenir clinique selon les travaux de Freud (1926) et Marie (2011)

La dimension structurelle et la place de l'angoisse dans l'émergence du sujet et dans la conception de l'objet est au cœur des travaux de Marie (2011). Pour Marie, « l'angoisse » se décline à l'envie - l'angoisse du sujet, l'angoisse de la clinique, l'angoisse du clinicien ... tant l'affect est inéluctable. Sa traduction, voire son recouvrement sous d'autres signifiants, entraînent des glissements de sens et de portée. Elle est approchée ou perdue de différentes manières, définie de multiples façons, destituée de la place primordiale que lui octroie la psychanalyse. Elle s'en trouve, en somme, comme diluée dans le sens commun et par là, il y a fort à penser que l'ensemble des effets produits puisse affecter l'inscription du sujet dans le lien social, dénaturant

celui-ci dans une sorte de « perversion civilisationnelle » : « malaise dans la civilisation » (Freud, 1929) ? Qu'en est-il dès lors de la position du sujet, de sa structure ?

La définition que Marie (2011) donne à l'angoisse qui se situe dans les approches de Freud et Lacan ont permis une véritable opérationnalisation de la notion d'angoisse permettant ainsi une meilleure saisie du phénomène. Aussi, les différentes théories de l'angoisse, chez Freud et ses successeurs, sont déterminées par le fait qu'elles ne portent pas sur le même objet. C'est pourquoi elles ne sont pas incompatibles les unes avec les autres. Toutefois sa conception de l'angoisse ainsi mise en évidence par Marie, bien que permettant une réelle avancée dans la compréhension du processus d'émergence et de régulation de l'angoisse pose ce problème qu'elle repose un peu trop sur la perspective psychanalytique qui ne peut à elle seule rendre compte du problème que pose l'angoisse.

En effet, la psychanalyse peut apporter son éclairage sur les questionnements de l'humain, mais on ne peut pour autant la rabattre au seul statut de réponse. Ce qui est soutenable, et défendable, c'est de considérer ce qui fait l'essence même de la psychanalyse : le sujet, sa singularité, et le moyen qu'il a trouvé pour s'inscrire au monde, son symptôme. « Sur le chemin menant du plan primitif de l'enfant à celui du civilisé adapté à la vie sociale » (Freud, 1926 ; P.137), la névrose, écrit Freud, semble inévitable. « Nous devons nous fixer ce but : réduire au minimum le nombre d'individus qui abordent, insuffisamment armés contre elle, la vie civilisée, et c'est pourquoi nous devons recueillir un grand nombre d'observations, apprendre à beaucoup comprendre » (Freud, 1926 p. 134-135).

Dans une perspective certes similaire mais évoluée, (Wildoher 1995) dans un chapitre de son ouvrage Métapsychologie du sens met en lumière le fait que l'angoisse, avec et depuis Freud, occupe une place exceptionnelle dans la psychanalyse, au regard des autres formes de la vie affective. Elle la partage avec l'agressivité. Elle recouvre plus ou moins la culpabilité. Mais l'envie, le dégoût ne réussissent pas à acquérir le même statut. Encore moins les émotions positives. En effet selon (Wildoher, 2010), il y a une théorie psychanalytique de l'envie chez Klein ou du dégoût chez Ferenczi, mais il s'agit d'expliquer les conditions de survenue de l'affect. Pour l'angoisse, comme pour l'agressivité, il s'agit d'en expliquer la nature. Celle de l'agressivité sera recherchée du côté de la pulsion. Qu'il s'agisse de l'autoconservation ou, plus tard, de l'instinct de mort, l'affectivité hostile sera dans sa totalité considérée comme le propre d'un rapport fondamental à autrui. Pour l'angoisse, les conditions sont différentes. Elle ne peut, à

première vue, décrire un rapport à autrui. Elle sera même, à l'origine, conçue comme perte d'un tel rapport, comme privation sexuelle. Mais pourquoi la psychanalyse aurait-elle plus à dire sur l'angoisse que sur d'autres affects ? L'analyse de l'affect tourne ainsi le dos à une phénoménologie du vécu (Wildocher 1995). L'évidence subjective n'est plus le garant nécessaire et suffisant. On comprend que la complexité des opérations mises en cause nécessite que, pour identifier un affect, le sujet recourt à un code culturel et sémantique. Chaque culture, chaque langue, à leur manière, découpe le continuum des jeux régulateurs de l'activité et isole des formes identifiables considérées comme des émotions types. Mais la carte sémantique des émotions ne varie que dans des limites assez étroites. Il existe des « universels » de la vie tels qu'ils se retrouvent d'un individu à l'autre, indépendamment des différences sémantiques et culturelles.

2.1.2. Notion d'angoisse : approche définitionnelle et historique selon les travaux de Bergeret (1996)

Depuis les travaux en philosophie, la littérature sur l'angoisse a beaucoup évolué permettant ainsi une meilleure compréhension de la notion et une meilleure prise en charge. Dans le cadre de cette recherche, il nous semble intéressant pour mieux cerner cette notion de l'analyser dans une perspective historique en partant des théories freudiennes aux approches plus récentes. Nous faisons ici allusion à l'approche structurelle et génétique de Bergeret (1996).

Dans sa description des structures de la personnalité, Bergeret (1996) associe le niveau d'angoisse aux conflits entre instances, mécanismes de défense et relations d'objet. Ainsi, l'angoisse de mort qu'il nomme angoisse de morcellement, la plus primitive, caractérise les organisations psychotiques. L'angoisse de séparation, dite angoisse de perte d'objet ou d'abandon, renverrait plus particulièrement aux organisations limites ou « borderline ». Enfin, l'angoisse de castration se manifesterait principalement dans les organisations névrotiques ou génitales. Pour Bergeret (1996), la personnalité se structure en passant par trois étapes successives. Cette analyse effectuée dans la perspective historique, permet de montrer l'intérêt que la notion d'angoisse a toujours suscité chez les chercheurs. On comprend mieux le nombre de travaux de plus en plus croissant et diversifié.

2.1.3. Angoisse dans le vécu quotidien selon les travaux de Benmeziane (2013) et Guentcheff (2014)

Dans la perspective de la psychologie clinique, Benmeziane (2013) analyse l'angoisse dans une situation particulière du quotidien : chez les victimes d'accidents de la circulation. Dans

une investigation sur l'impact de l'anxiété dû aux conflits, problèmes et soucis de la vie, bref en lien avec les accidents de la route, l'auteur à l'aide d'une recherche bibliographique ; d'un ensemble d'observations faites sur le terrain lors des résultats obtenus à travers les entretiens qui ont porté sur le vécu des auteurs d'accidents de la route, et l'échelle d'anxiété d'Hamilton, met à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle il y a un lien entre l'anxiété et les accidents de la circulation. Il parvient à la conclusion selon laquelle les conflits, les difficultés rencontrées par les conducteurs dans leurs vies altèrent leurs conduites. Or, le stress et l'anxiété ont un impact négatif sur les habiletés de conduite. Ils affectent la conduite et augmentent le risque d'accident. Ainsi, l'anxiété provoque une interruption dans l'utilisation des habiletés et fait baisser la performance lors de la conduite comme elle limite l'attention. Par ailleurs, l'auteur souligne que les comportements psychologiques ont un rôle non négligeable dans l'étude des facteurs et causes des accidents de la route. Il est donc important d'effectuer des études qui porteront sur la corrélation entre les comportements psychologiques et la fréquence des accidents de la circulation, telles que des études sur les liens entre les accidents de la route et les troubles de la personnalité comme l'agressivité, l'estime de soi, etc.

L'individu lorsqu'il se met face à une situation qui lui semble gênante ou stressante, va essayer de réduire ou de contrôler son stress par l'élaboration et l'utilisation de plusieurs mécanismes et de différentes stratégies pour faire face à cette situation. Les stratégies de coping font parties de ces solutions de plus en plus utilisées pour faire face à l'angoisse. Que dit la littérature au sujet des stratégies de coping ?

2.2. ANGOISSE ET STRATÉGIES DE COPING CHEZ LES PERSONNES ALCOOLO-DÉPENDANTES : QUELQUES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Dans cette articulation de notre analyse, après être revenus sur l'histoire de l'alcool, nous revisiterons tour à tour la production et les types de boissons alcoolisées, les modalités de consommation, les types de consommation et les facteurs liés au mésurage d'alcool. Nous terminerons par l'analyse des stratégies de coping mises en œuvre par les adultes consommateurs d'alcool.

2.2.1. Alcool : approche historique

Etymologiquement, « alcool » provient du mot arabe « al-khâl » ou « al kohol » qui se traduit littéralement par « antimoine pulvérisé » (Le Petit Larousse illustré, 2008). Ce terme signifie un maquillage qui agrandit les yeux, les rend plus vifs, et donc incite au regard voire au

plaisir. Il se traduit encore par « magicien » et « ténèbres ». Les chimistes arabes donnèrent ce nom à ce breuvage aux effets si spéciaux, nous laissant entrevoir certaines vertus accordées, par essence, à ce produit, dès lors porteur d'ambivalence. Une seconde origine proviendrait du latin et du langage de l'alchimie, où le préfixe « alko » désigne « un produit ayant subi une distillation incomplète ». Elle renvoie donc davantage au procédé de fabrication de ces boissons plutôt qu'à leurs qualités intrinsèques. Le mot « alcool » sera introduit en Occident au retour des Croisades. Plus précisément, c'est vers 1586 que le terme « alcohol » apparaît en France (Sournia, 1986). Il appartiendra au langage de l'alchimie, caractérisant ce qui est « subtil ». Le Littré de 1863 introduit le terme d'« alcoolisme ». Il désigne une maladie affectant les populations des pays froids et une certaine classe sociale (ouvriers). Il insiste également sur la faculté de l'alcool à modifier les humeurs (vin qui rend triste, agressif, joyeux...).

Tout au long de l'histoire, la relation entre l'alcool et la médecine s'est teintée d'ambivalence. Dès l'Antiquité, des vertus curatives et donc médicales furent attribuées à l'alcool. Hippocrate prescrivait du vin pour soigner les blessures ou calmer la fièvre. Il fut le premier, sans le savoir et sans faire le lien avec l'alcool, à décrire les symptômes du delirium tremens. Au Moyen-âge, le vin permettait d'éloigner sinon d'éviter la peste, le choléra, et toutes les maladies véhiculées par l'eau, dès lors jugées dangereuses. L'aqua vitae, véritable « fontaine de jouvence », fortifiait, guérissait ou protégeait de nombreux maux (douleurs...), et ouvrit de nouvelles perspectives en tant qu'anesthésique et antiseptique. Bien qu'utilisé à des mêmes finalités, l'usage de l'alcool peut varier d'un pays à l'autre. Chaque pays ayant donc sa particularité.

2.2.2. Alcool et Cameroun selon les travaux de Mve Ona (2006) et Ougock (2019)

Le marché de l'alcool au Cameroun est un marché très diversifié et dense. Aussi bien en termes de production et de consommation.

2.2.2.1. Production et consommation de l'alcool au Cameroun

Plusieurs processus industriels contribuent à la fabrication de la quasi-totalité des boissons alcoolisées sur le marché camerounais. Il s'agit de la fermentation, la distillation et le mélange (Mve Ona, 2006). Jolibert, (2022) le confirme dans son article sur la bière entant que produit d'une fermentation. Selon l'OMS (as cited in ACP, Agence Camerounaise de Presse) (2021), le Cameroun occupe la 2ème place de consommation d'alcool derrière le Gabon en Afrique en termes de consommation pur par adulte, soit 9 litres d'alcool pur par an et par habitant. Depuis

l'indépendance, de nombreuses brasseries ont vu le jour, causant, avec une production traditionnelle attrayante et des importations élevées, une consommation permanente de boissons alcoolisées dans l'ensemble du territoire national (Mve Ona, 2006). Pour ce qui est de la consommation de boissons traditionnelles (Matango, Odontol, Bili-bili, etc.), les données chiffrées échappent par définition à toutes les statistiques officielles. Cependant d'après l'ONG OASIS (Mve Ona, 2006), (Organisation caritative) en 1990, 10 % de camerounais consomment des boissons alcoolisées traditionnelles. Parmi les boissons alcoolisées traditionnelles les plus consommées, c'est le Matango qui vient en tête (40%), suivi de l'Odontol (30%) et du Bili-bili (25%). L'article de l'ONG KAOI (Ougock, 2019) attestent la consommation accrue au Cameroun des boissons alcoolisées traditionnelles car, elles explosent et atteint désormais plus de 45 %. Ces ONG OASIS et KAOI au regard des données publiées ci-dessus nous révèlent que l'alcool traditionnel est réellement consommé au Cameroun. Cependant, les modes de consommations ne sont pas les mêmes. Ils diffèrent d'un individu à un autre.

2.2.2.2. Modes de consommation d'alcool chez les adultes camerounais

Marcelli et Braconnier (2008) distingue, de manière générale, différents types de consommation de produits parmi lesquels l'alcool chez les adultes : la consommation conviviale et récréative, la consommation auto-thérapeutique et la consommation toxicomaniaque.

- **Consommation conviviale et récréative**

La consommation conviviale et récréative concerne la plus grande majorité des individus en société. Elle se fait en petits groupes, jamais seul, (Marcelli & Braconnier, 2008). Dans cette consommation, c'est l'effet euphorisant du produit qui est recherché. Selon Lahrichi (2009), certains individus évoquent l'envie de se conformer au groupe. Les individus concernés par ce type de consommation gardent une vie sociale stable. Cependant l'habitude de boire peut s'installer par pression du groupe et conduire à une consommation abusive voire à une dépendance (Discour, 2007) cité par Lahrichi (2009). Dans ce type de consommation, il n'est pas particulièrement retrouvé de facteurs de risque (lahrichi, 2009).

- **Consommation auto-thérapeutique**

Dans la consommation auto-thérapeutique, c'est l'effet anxiolytique ou antidépresseur (Lahrichi, 2009) voire excitant de l'alcool (Marcelli & Braconnier, 2008) qui est recherché. Cette consommation est souvent solitaire, (Marcelli & Braconnier, 2008). Toutefois, cette consommation solitaire peut alterner avec des moments de consommation en groupe (Lahrichi,

2009). Pour cet auteur, les consommateurs de cette écurie présentent un désintérêt pour les activités habituelles (sportives et culturelles). Enfin, leur vie sociale est plutôt pauvre avec un isolement relatif. Parfois, ces conduites alcooliques évoquent de réels équivalents suicidaires. Certains facteurs de risque, notamment de facteurs individuels actuels ou anciens, seraient selon Marcelli et Braconnier (2008), plus fréquemment retrouvés dans ce type de consommation d'alcool. Le développement d'une dépendance est à craindre dans ce cas de figure (Lahrichi, 2009).

- **Consommation toxicomaniaque**

Ici, c'est l'effet « anesthésie/défonce » qui est recherché. La consommation peut être à la fois solidaire ou en groupes, régulière voire quasi quotidienne (Marcelli & Braconnier, 2008). L'individu n'a de relations qu'avec les autres personnes en situation marginale et/ou de rupture. Ici, il est fréquent et même habituel de retrouver des facteurs de risques familiaux et individuels. Ce type de consommation s'accompagne souvent de la prise concomitante de drogues illicites ou de médicaments psychotropes dont l'alcool amplifie les effets (Marcelli & Braconnier, 2008). Dans ces trois types de consommation, les effets recherchés vont de la détente à l'ivresse (Lahrichi, 2009).

2.2.3. Conduites de consommation de l'alcool

On distingue différentes conduites de consommation de l'alcool : l'usage, l'usage nocif ou abus et la dépendance (MILDT, 2006).

2.2.3.1. Conduite d'usage

Pour l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2021), l'usage de l'alcool pourrait être défini comme toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils établis, et prise en-dehors de toute situation à risque ou d'un risque individuel. Les seuils précédemment cités par l'OMS sont les suivants : jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ; pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne) ; pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne). Notons que le terme « verre » désigne ici le « verre standard » ou « unité international d'alcool », qui correspond à moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives en France l'(OFDT, 2019) on distingue deux types d'usage : l'usage occasionnel (dans les études épidémiologiques, elle correspond, en général, à une consommation au moins une fois dans l'année) et l'usage régulier (elle correspond à au moins dix usages dans le mois jusqu'à un usage quotidien). Lorsque ces conduites de consommation d'alcool, de par leur fréquence, leur sévérité et leur envahissement dans la vie du sujet deviennent pathologiques, on parle de troubles liés à l'usage d'alcool.

2.2.3.2. Conduite d'abus et de dépendance

Qu'elles soient légales ou illégales, qu'elles développent ou non une dépendance physique, l'APA (2006) dans sa classification ne fait pas de distinction entre les substances. Le diagnostic des troubles liés à une substance qu'elle propose en fonction de la gravité de la consommation sont l'abus et la dépendance.

L'abus: Mode d'utilisation répétée d'une substance durant les 12 derniers mois conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison; utilisation répétée d'une substance dans les situations où cela peut être physiquement dangereux; problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ; utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

La dépendance : Selon l'OMS (2023), l'alcoololo-dépendance est avérée lorsque la consommation de boissons alcoolisées devient prioritaire par rapport aux autres comportements auparavant prédominants chez une personne. Le désir de boire de l'alcool devient impossible à maîtriser et doit être assouvi au détriment de toute autre considération. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue. La dépendance impacte significativement sur la qualité des activités sociales, professionnelles qui se trouvent réduites à cause de l'utilisation prolongée de la substance.

Ainsi, la dépendance à l'alcool qui nous intéresse dans le cadre de cette étude, l'APA (2006) renvoie aux critères cités ci-dessus. Cependant, le risque pour les adultes de développer les troubles liés à l'usage d'alcool n'est pas distribué de manière équitable dans la population générale. Ceci implique l'existence des facteurs de vulnérabilité, qui peuvent être environnementaux, psychosociaux et individuels (l'environnement familial y jouant un rôle prépondérant (Tsala Tsala, 2007).

2.2.4. Consommation d'alcool et santé physique et psychique selon les travaux de Sournia (1986) et Huss (1849)

Au XIX^{ème} siècle, l'identification chimique de l'alcool fut établie (CH₃CH₂OH). Jusqu'à cette période, l'alcool, « élixir de longue vie, solvant idéal et surtout conservateur des plantes médicinales » (Fouquet & De Borde, 1990), représentaient la réussite des rêves de l'alchimiste, une panacée... de sorte que l'éthylothérapie connue son apogée durant ce siècle. L'alcool était prescrit pour tout (céphalées...) et n'importe quoi (fortifiant du lait...). Ainsi, comme tout produit de la pharmacopée, seule la modération était d'usage. Longtemps, les médecins contribuèrent à l'alcoolisation de leurs patients. Certes, ils devaient prendre en charge des patients malades de l'alcool, mais sans identifier le produit comme cause de leur pathologie. Pourtant, dès le XI^{ème} siècle, Siméon Seth, médecin de Constantinople, avait tôt fait de remarquer que l'abus de vin provoquait « l'inflammation du foie » (Sournia, 1986). Ces notes sont tombées dans l'oubli durant de nombreux siècles...

Au XIX^{ème} siècle, certains médecins s'élevèrent contre ces pratiques thérapeutiques issues de croyances trompeuses. Bien que l'ivrognerie (« vice », « tare » principalement familiale) ait toujours existé, la création du terme d'alcoolisme en 1849, par un médecin suédois Magnus Huss, introduisit de nouvelles perspectives. Il se définit comme « l'ensemble des manifestations pathologiques du système nerveux, aussi bien psychiques que motrices et sensorielles, se constituant progressivement (...) et qui surviennent chez des personnes ayant consommé pendant de longues années des quantités excessives de boissons alcooliques » (cité par Sournia, 1986). Le suffixe « isme » insiste sur le fait que cette pathologie est produite par l'intoxication à l'alcool, et ainsi l'érige parmi les maladies. La médecine a donc entretenu des relations ambiguës avec l'alcool et les croyances quant aux vertus thérapeutiques de l'alcool ont considérablement entravé la reconnaissance et la prise en charge de ce trouble. Il fut même admis que seul l'alcool pouvait guérir de l'alcoolisme ! Aujourd'hui encore, ces convictions demeurent dans l'inconscient collectif, y compris celui des médecins, qui préconisent la consommation (modérée bien sûr !) de vin pour éviter les maladies cardiovasculaires ou pallier le manque de fer... Selon les coutumes et les époques, la limite qui sépare le buveur « normal » du buveur « alcoolique », est mouvante. Ainsi, il existe des règles implicites régissant le « bien boire », y compris dans notre culture plutôt permissive. Celui qui déroge à ces principes est considéré comme déviant, voire alcoolique. C'est donc le jugement social qui pose cette identité, l'alcoolique ne l'est jamais pour

lui-même mais toujours dans le regard de l'autre... D'ailleurs, l'alcoolique c'est l'autre... Au niveau de l'observation strictement comportementale, nous pouvons relever trois conduites d'alcoolisation (Lejoyeux et Cardot 2001):

L'alcoolisation aigue (ivresse) est une intoxication provoquée par l'ingestion ponctuelle d'alcool, en quantité plus ou moins importante. Elle ne concerne pas l'alcoolodépendance tant qu'elle ne devient pas une pratique répétée.

L'alcoolisation intermittente désigne les conduites épisodiques mais répétées d'alcoolisation aigue. Le sujet s'alcoolise jusqu'à l'ivresse, parfois jusqu'au coma, durant des périodes plus ou moins longues, qui alternent avec des périodes d'abstinence totale. L'alcool est utilisé comme une drogue ou en association avec d'autres drogues. Le sujet consomme de manière frénétique n'importe quels alcools, y compris ceux non alimentaires. La perte de contrôle est totale en dépit des tentatives du sujet pour se maîtriser. Les excès s'accompagnent souvent de troubles du comportement (actes délictueux...). La crise s'achève en quelques jours où le sujet éprouve remords, dégoût.

L'alcoolisation chronique correspond aux alcoolisations fréquentes voire quotidiennes, en quantité plus ou moins importante. La dépendance physique est courante ; l'arrêt d'alcool provoque un syndrome de sevrage.

Au regard de tous ce qui précède, l'alcoolisme est plus que jamais au cœur des débats scientifiques. Considéré par certains comme une stratégie pour faire face aux situations stressantes et angoissantes la consommation d'alcool peut devenir un problème pour le consommateur. Un problème nécessitant lui aussi un ajustement comme le montre un ensemble de travaux et de recherches en psychologie.

2.2.5. Alcoolisme comme moyen pour faire face aux problèmes de la vie selon les travaux de Smaniotto, (2008)

Smaniotto (2008) fait partie des auteurs qui se sont concentrés sur la recherche sur l'alcoolisme. Il a travaillé sur la : Contribution aux recherches sur l'alcoolodépendance. Etude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, réalité externe perçue, réalité interne. Pour lui, l'alcoolisme, problème majeur de santé publique, regroupe un ensemble de conduites faisant l'objet d'approches théoriques plurielles (typologies classiques, approche cognitivo - comportementale, psychanalytique...). Le concept d'alcoolodépendance, avancé actuellement dans ce domaine, ne permet cependant guère de considérer finement les

dénominateurs communs et les spécificités psychopathologiques des sujets alcooliques. Sa recherche vise à comparer deux types d'alcoolodépendance, l'alcoolisme chronique et l'alcoolisme intermittent, au niveau de la réalité externe perçue (causes attribuées aux alcoolisations, attentes vis-à-vis de l'alcool, coping, lieu de contrôle, événements de vie) et de la réalité interne (organisation de la personnalité, et fonctionnement mental). Ces conduites de consommation relèvent-elles d'une même unité psychopathologique, ou bien de deux registres distincts ? Les considérations théoriques soulevées par ce questionnement permettent d'envisager une approche de l'alcoolisme moins uniformisant que celle sous-tendue par le concept d'alcoolodépendance.

Pour mettre à l'épreuve ses prédictions, l'auteur a recouru à deux groupes de sujets dépendants à l'alcool (7 sujets alcooliques chroniques, et 6 sujets alcooliques intermittents), et comparés sur les plans de la réalité externe et de la réalité interne par une méthodologie appropriée : réalité externe perçue : entretien semi directif, questionnaire d'événement de vie, échelle de coping (Brief Cope de Carver), échelles de lieu de contrôle (IPC et ARS) ; réalité intrapsychique : tests projectifs : TAT et Rorschach (passation classique et associative) afin d'étudier l'organisation de la personnalité (image du corps et représentation de soi, relation d'objet, angoisse dominante, mécanismes de défense), ainsi que le fonctionnement mental (espace imaginaire, mentalisation, efficacité des défenses).

2.2.6. Stratégies de coping chez les alcoolodépendants selon les travaux de Smaniotto, (2008)

Verret et Fédora, (2016)

Dépassant la notion d'alcoolisme, (Verret, 2016), fait une analyse de la mise en œuvre des stratégies de coping dans le cas de l'usage de personnes psycho-dépendantes. Les études effectuées auprès de proches des personnes alcoolodépendantes démontrent également que ces derniers utilisent différentes stratégies afin de diminuer leur inconfort en lien avec la dépendance. Par contre, à ce jour, peu d'études se sont intéressées aux stratégies d'adaptation mises en place par les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse. Toutefois cette étude qui prend en compte les adultes angoissés s'inscrit dans une perspective qualitative dans le but de comprendre comment les stratégies de coping mobilisées par ces derniers les aident à gérer leurs états d'angoisse.

Poussant la recherche plus loin, Fédora (2016), analyse la relation entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les internes de médecine générale. Ce

travail de recherche a permis de faire un point sur la littérature existante concernant la consommation d'alcool comme stratégie de coping chez les internes. Malgré le fait que plusieurs études rapportent que les internes utilisent l'alcool afin de réduire leur stress, les méthodologies utilisées ne permettent pas de conclure sur un lien de causalité entre stress, consommation d'alcool et stratégies de coping. De même, si ces études soulignent des liens étroits entre stress et ses conséquences, stratégies de coping et consommation d'alcool chez les internes, les prévalences des consommations d'alcool pour gérer le stress varient sensiblement selon les études, en tenant compte du fait que celles-ci seraient sensiblement différentes selon le genre.

Pour l'auteur, au-delà des conduites d'alcoolisation, une meilleure connaissance des stratégies de coping pourrait permettre de détecter précocement les internes à risque de développer des symptômes anxieux, dépressifs ou un burnout et de mettre en place des moyens de prévention efficaces. En effet, comme le souligne une étude de Cohen, Leung & Al., (2008) chez les médecins généralistes, le recours aux stratégies de coping centrées sur le problème ou la recherche de soutien social est corrélé à la satisfaction professionnelle et l'accomplissement personnel alors qu'un stress perçu élevé est corrélé à l'épuisement professionnel.

Au regard de ce qui précède en lien aux travaux antérieurs réalisés par Smaniotto (2008) sur l'alcoolodépendance comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, réalité externe perçue, réalité interne, met en avant la consommation excessive d'alcool Sournia (1986) comme une réponse visant à faire face à l'angoisse. Or d'après l'approche théorique de (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72) sur les stratégies d'adaptation, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques, mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dites positionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles variables des situations. Par ailleurs, les résultats des travaux menés par Cohen, Leung, Fahey & al., (2008) sur les médecins généralistes internes anxieux et dépressifs, montrent que ces médecins recourent aux stratégies de coping centrées sur le problème et aux stratégies de coping centrées sur le soutien social pour gérer leurs détresse psychique. En ce qui concerne les travaux de (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72) sur le coping, le sujet en situation de stress utilise principalement des stratégies de coping centrées sur le problème pour gérer sa détresse. Selon l'approche de Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut également permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et

Launier, 1978). Cette approche met en évidence l'utilisation des stratégies de coping centrées sur le problème et les stratégies de coping centrées sur l'émotion qu'un individu en situations stressantes mobilise comme réponses pour affronter la détresse. C'est le cas dans notre contexte camerounais où les adultes en situation d'angoisse mobilisent tant bien que mal ces différentes stratégies de coping. Toutefois, quel que soit le contexte, l'étude des stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool dans la perspective de la recherche de solution face à l'angoisse du quotidien constitue une préoccupation majeure. Malgré donc le fait que certains travaux antérieurs, mettent bel et bien en relation l'alcoolodépendance et les stratégies de coping spécifiques chez des personnes en situation d'angoisse, il demeure donc qu'aucune de ces recherches n'ait pris en compte le contexte camerounais.

La présente étude se déroulant donc en contexte camerounais, nous avons après une observation faite sur le terrain auprès des adultes consommateurs d'alcool, constaté que confronté aux situations stressantes et angoissantes, l'individu en buvant seulement l'alcool ne s'affranchit pas de sa détresse psychique, car, après avoir régulièrement consommé d'alcool, la même souffrance psychique refait toujours surface lorsque les effets éphémères de l'alcool s'estompent. Or après avoir pris conscience de la situation angoissante, il commence à élaborer des stratégies de confrontation autres que la consommation d'alcool pour faire face à son angoisse. À partir d'une approche qualitative basée sur la théorie du coping, sur la théorie cognitivo-comportementale, celle liée à l'approche cognitive de Beck ainsi que celle portant sur l'apprentissage social de Bandura, nous cherchons à cerner, à expliquer le phénomène à partir des processus cognitifs et comportementaux élaborés par des adultes consommateurs d'alcool dans la gestion de leur angoisse.

Ainsi, à travers cette étude qui s'inscrit dans la dynamique d'une analyse approfondie en considérant l'individu dans sa sphère holistique ou globale pris dans sa singularité, nous ambitionnons analyser les concepts d'angoisse, de stratégies de coping, d'alcool et d'adulte qui nous aideront à cerner le phénomène social lié à la gestion d'angoisse dans des contextes naturels en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. Les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse ne mobilisent-ils pas d'autres stratégies de coping hormis celles centrées sur le problème, celles centrées sur l'émotion et celles centrées sur le soutien social ? Nous y reviendrons dessus aux chapitres six lié à la présentation, l'analyse, l'interprétation et la discussion des résultats. D'où pour nous l'opportunité

d'apporter notre humble réflexion sur le problème que pose cette étude portant sur la difficulté de la gestion d'angoisse chez des adultes alcoolo-dépendants de proposer le modèle « coping-inclusif ». Constituant à cet effet l'originalité de notre travail de recherche construite autour, non seulement de la thématique qui, en plus d'être d'actualité, adopte une approche globale et intégrative dans le but de mieux saisir le phénomène de gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool.

Après avoir mis en exergue les variables de notre étude à partir d'une revue de littérature basée sur les documents consultés relatifs à notre problématique, il sera question dans le chapitre suivant de présenter les théories explicatives liées à l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool qui recourent aux stratégies de coping pour soulager leur malaise psychique.

2.3. LITTÉRATURE SUR LES STRATÉGIES DE COPING SELON LES TRAVAUX DE Lazarus & Launier (1978) et Lazarus & Folkman (1984)

Cette articulation de notre étude nous permettra de revisiter les productions scientifiques sur les stratégies de coping que mettent en œuvre les individus en situation d'angoisse. Avant d'entrer en profondeur sur cette conception, nous présenterons d'abord son contexte historique et son évolution.

2.3.1. Stratégies de coping : histoire et évolution

La notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée à la fin de XIXe siècle par la psychanalyse et à celle de l'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIXe siècle et commune à la biologie, à l'étiologie et à la psychanalyse animale (Bruchon-Schweitzer, 2002).

2.3.1.1. Coping et défense

Le concept de défense date de la fin du 19^e siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychology. Breuer et 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 du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels.

Quelques travaux empiriques semblent valider cette hiérarchie, les individus utilisant des défenses élaborées ayant une meilleure santé mentale (voir par exemple Vaillant & al., 1986). Les processus de coping seraient subordonnés aux mécanismes de défense, plus archaïques (Vaillant, 1977).

De 1960 à 1980, il y eut 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 entre mécanisme de défense et stratégie de coping de la façon suivante. Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, irrésistible, lié à des conflits intra-psychiques et à des événements de vie anciens. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Une stratégie de coping est à contrario flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de 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).

2.3.1.2. 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 certains auteurs comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation aux difficultés de la vie.

Selon Lazarus et Folkman (1984a, pp 283-284), il convient de distinguer nettement coping et adaptation. L'adaptation est un concept extrêmement large, qui inclut toute la psychologie, voire même la biologie. L'adaptation inclut tous 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, etc...). 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 évaluées comme menaçantes (ou stressantes). De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce. Enfin la notion d'ajustement, flexible, est préférée à celle d'adaptation, notion jugée trop normative et finaliste.

2.3.1.3. Approche transactionnelle 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 caractéristiques 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, tabagisme, ...). Selon cette approche, le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable. Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres.

2.3.1.4. Notion de coping en psychologie

La notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie ; elle a bien évolué depuis les années 60, où les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping », qui fut répertorié pour la première fois en 1967 dans les mots clés de *psychological Abstracts*. De 1960 à 1980, il y avait encore des confusions entre coping et défense, quelques tentatives de clarification furent publiées par Haan en 1977. La fonction du coping est de 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).

2.3.2. Stratégies de coping : approche définitionnelle

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping représente l'«ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants (variables) déployés par un individu pour gérer des

exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (Grazian & Swendsen, 2005, p.77). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficaces dans d'autres au regard de sa variabilité (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans le cadre de cette étude, nous considérons les stratégies de coping comme des stratégies que le sujet met en place pendant la confrontation angoissante pour la résoudre. Il est également important de noter que les études récentes sur le coping se sont focalisées sur des processus spécifiques que les individus utilisent pour faire face aux événements stressants.

2.3.3. Modèles de coping

Il existe dans la littérature, plusieurs modèles de coping.

2.3.3.1. Soutien social, contrôlabilité et coping

Valentiner et al. (1994) ont cherché à valider un modèle des mécanismes de médiation dans le processus de coping. Chez une population d'étudiants leur modèle examinait l'interaction entre le soutien des parents des étudiants, l'ajustement psychologique et l'estimation de la contrôlabilité de l'événement. Ils ont conçu le coping en tant que processus de médiation fortement influencé par le soutien social, se référant par la même à Holahan et Moos (1997) qui avaient trouvé que les individus ayant plus de ressources personnelles et sociales étaient plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'approche (coping actif). En fait, le soutien social fournit une sorte d'assistance au coping. Ils ont permis de souligner l'importance de soutien de la famille. En effet des travaux en contexte camerounais (Nguimfack, 2008) ont mis en évidence l'effet de l'environnement familial sur les souffrances psychiques.

Ensuite, la contrôlabilité a été conçue comme un modérateur de processus. La prédictibilité de leur modèle varie selon le contexte, la contrôlabilité pourrait influencer le coping au niveau du choix des stratégies et aussi du résultat final. À l'opposé, pour les événements incontrôlables le soutien familial est lié directement à l'ajustement mental, mais n'étant pas du tout prédictif de l'utilisation de coping actif.

2.3.3.2. Coping et soutien social en tant que processus de médiation

Proposé par Dunkley & al. (2000), ce modèle étudie en particulier le perfectionnisme et son effet sur le stress perçu. Ils proposent que le coping soit un processus de médiation avec le soutien social perçu et l'expérience des « frustrations quotidiennes » (daily hassles). Pour ces auteurs, le perfectionnisme serait prédictif du type de coping employé par le sujet. Ils distinguent

deux types de perfectionnisme, le type « standards personnels » et le type « inquiétudes évaluatives ». Le premier type implique une attitude de perfectionnisme envers soi, surtout concernant les buts et la performance pendant que le second exprime plutôt une attitude négative envers les autres qui sont perçus comme exigeants, et donnent lieu à des distorsions cognitives. Il est connu que le perfectionnisme de standards personnels est lié à un coping plutôt actif, alors que le perfectionnisme d'inquiétudes évaluatives est associé à un coping évitant (Holahan & al. 1997).

2.3.3.3. Processus motivationnels et cognitifs sous-jacents au coping

Pour étudier l'influence des processus motivationnels et cognitifs, (Cheng, 2003) a examiné un aspect précis de coping ; la souplesse. Il explique que cette notion de souplesse semble intéresser de plus en plus les chercheurs en coping. En effet, la souplesse de coping serait un moyen pour comprendre le coping en tant que « méta-capacité ». Cette capacité de moduler les choix des stratégies employées et impliquées dans un bon ajustement mental, et elle est le plus souvent liée au contexte.

Cheng (2003) souligne que pour que le coping s'opère, il faut ajuster finement les stratégies employées. Pour y parvenir, l'individu utilisera des capacités cognitives. L'auteur a choisi d'examiner ici la facilité discriminante, c'est à dire la capacité de l'individu « d'estimer la situation et de choisir des comportements appropriés en réponses aux contingences changeantes » (Cheng 2003, P.426). Cette facilité discriminante semble réguler les comportements de coping à travers divers indices qui constituent un contexte précis. En fait, les individus démontrant une capacité importante de la facilité discriminante sont plus souples quant à leurs utilisations des stratégies de coping. La facilité discriminante est choisie comme une capacité cognitive pour cette étude.

2.3.4. Stratégies de coping

Selon Lazarus et al, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress et de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et Launier, 1978).

2.3.4.1. Coping centré sur le problème

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux

rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations, À l'origine, Lazarus et Folkman (1984b) ont appliqué une échelle de 67 items, la WCC (Ways of Coping Checklist), à 100 adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi. Ils obtiennent, en regroupant ces réponses par des analyses factorielles, huit petits facteurs se regroupant en deux stratégies générales, le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le coping centré sur le problème comprend deux facteurs plus petits, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème).

2.3.4.2. Coping centré sur l'émotion

Il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie : consommer des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, danse, lecture, télévision,...), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété,...). Une modalité cognitive de ce coping consiste à transformer la signification de la situation par exemple, en modérant sa gravité (minimisation), une autre à nier la réalité (pensée magique, déni). La chanson « tout va très bien, madame la marquise » illustre très bien la stratégie de minimisation de la menace.

On peut utiliser à la fois un coping centré sur le problème et un coping centré sur l'émotion face au même événement. Un automobiliste victime d'un accident de la circulation peut avoir envie de frapper ou d'insulter son adversaire, puis se dire que cela n'arrangera pas la situation et se mettre à constater les dégâts et à rédiger une déclaration d'accident. En regroupant les réponses de 100 adultes aux 67 items de la WCC, recueillies chaque mois pendant un an, Lazarus et Folkman (1984b) avaient obtenu de petits facteurs rattachés au coping centré sur l'émotion : minimisation de la menace, prise de distance ; réévaluation positive (je suis sorti plus fort de cette épreuve,...) ; l'auto-accusation (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème) ; l'évitement-fuite ; la recherche de soutien émotionnel.

À ces deux stratégies notre étude intègre les stratégies de coping centrées sur le soutien social d'après les travaux de Bruchon-Schweitzer (2002).

2.3.4.3. Coping centré sur le soutien social

Ce coping apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Il 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 en tant que caractéristiques réelles ou perçues de l'entourage social. Or ici, il s'agit de tentatives affectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource simplement existante ou perçue. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Alors le sujet lorsqu'il se trouve face à une situation angoissante l'affronte en employant soit des stratégies centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion ou la recherche du soutien social.

2.3.5. Déterminants du coping

Le modèle de Lazarus et al., (1976) est tout à fait représentatif de l'approche transactionnelle du stress et du coping (Lazarus et Folkman, 1984b). 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 du problème, contrôlabilité,...).

2.3.5.1. Déterminants dispositionnels du coping

Selon Costa et al., (1996), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été démontré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, ou évalue (Cohen et al., 1988).

Cette approche considère le coping comme un processus adaptatif comme les autres. Le stress et le coping seraient des phénomènes émotionnels, cognitifs et comportementaux induits par une grande variété de situations (de la résolution de problèmes à la gestion des émotions). Cette conception ouvre certaines voies de recherches transversales concernant la généralité et la stabilité des stratégies de coping (cohérence inter et intra-individuelle, recherche de « styles » de coping trans-situationnels). L'évaluation (primaire et secondaire) serait influencée par les

antécédents psychosociaux de l'individu. Ces antécédents étant essentiellement de deux types, cognitifs et conatifs.

2.3.5.1.1. Déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les croyances (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes,...) et les motivations générales (valeurs, buts, intérêts,...). Un autre déterminant cognitif de l'évaluation 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 adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc...).

2.3.5.1.2. Déterminants conatifs de l'évaluation et du coping

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. C'est le cas de l'endurance (hardiness), trait décrit par Kobasa et al., (1982) et qui consiste à 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 des défis à relever (plutôt que des menaces).

De nombreux autres traits de personnalité se sont avérés de bons prédicteurs des stratégies de coping. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. À contrario, la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable, le fait d'être consciencieux sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. L'association entre personnalité et coping est très marquée (Costa et al., 1996). Ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez les individus et non par les caractéristiques fluctuantes des situations. Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une certaine consistance temporelle d'une situation à l'autre (Mc Crae, 1992 ; Vollrath & al., 1995).

2.3.5.2. Déterminants situationnels et transactionnels du coping

L'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes de façon émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème.

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les événements non 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 différentes, (McCrae, 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 l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour,... Ainsi des facteurs personnels et environnementaux (environnement réel ou perçu) contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. Les éléments mis en exergue ci-dessus, montrent à suffisance la portée des stratégies de coping aussi bien dans la vie courante que dans la recherche. Aussi bien pour faire face aux situations angoissantes internes qu'externes.

2.3.6. Stratégies de coping : moyen pour faire face aux situations stressantes externes

Ait-Habib et Saidj (2016) dans une étude portant sur : Les stratégies de coping des personnes ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer, étude de cinq cas postule que les personnes ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer utilisent différentes stratégies de coping pour faire face à la maladie. Avec un échantillon aléatoire tiré de la population, les travaux menés sur quatre années ont permis aux auteurs de confirmer qu'avoir un parent atteint d'une maladie neurologique telle que la maladie d'Alzheimer conduit logiquement à l'apparition

de certaines stratégies de coping particulièrement le coping chez les aidants. Elles peuvent être orientées vers l'émotion ou vers l'évitement ou bien vers les tâches ou la diversion sociale.

Dans leurs études, les auteurs ont tenté d'explorer une tranche de cette catégorie de la société qui sont les personnes (aidants) ayant un parent atteint de la démence d'Alzheimer et devant mettre en considération leur stress et le déséquilibre dans leur vie quotidienne. Ce qui leur ont permis d'appréhender les réactions de ces aidants de la maladie de leur père/mère. Les cas cliniques utilisés dans cette recherche ont donné aux chercheurs une vision plus pratique et le plus réel de l'état psychologique des aidants et surtout de percevoir les réactions premières et finales de ces dernières et le développement de leur état, depuis l'annonce de la maladie de leur père/mère, et les différentes méthodes qu'ils utilisent pour affronter cette situation stressante. Ceci s'est fait à l'aide de l'échelle du coping CISS et d'entretien semi-directif qui leur ont permis de récolter les informations sur le vécu des personnes ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer ainsi que les méthodes qu'ils emploient dans le but de faire face au problème.

2.3.7. Stratégies de coping face aux situations stressantes propres à l'individu

Quelles que soient leurs situations, les êtres humains sont au quotidien emprunts au stress et doivent trouver des moyens pour avancer. C'est le cas des doctorants auxquels Gérard et Nagels (2017), s'intéresse particulièrement dans leurs études portant sur le : Niveau de stress perçu par les doctorants et stratégies de coping dysfonctionnelles. Dans leurs analyses, les auteurs veulent identifier les éléments qui ont trait à l'évaluation primaire et secondaire du potentiel stressant du parcours doctoral. Ils voudraient ici répondre aux questions : est-ce que les doctorants considèrent leur parcours doctoral comme une situation stressante ? Comment évaluent-ils les enjeux liés à cette situation ? S'agit-il d'une perte, d'une menace, d'un défi ou d'un bénéfice ? Perçoivent-ils une augmentation de leur consommation de certains produits qui pourraient nuire à leur santé depuis leur entrée en doctorat ? Il postule qu'une augmentation perçue de ces produits pourrait renvoyer à des stratégies de coping dysfonctionnelles.

Selon Gérard et Nagels (2017), les doctorants rencontrent de nombreuses difficultés et obstacles tout au long de leur parcours doctoral qui sont générateurs de stress. Comment gèrent-ils leur stress ? Dans leur étude exploratoire, les auteurs ont fait passer un questionnaire en ligne à près de 357 doctorants. Les résultats montrent que la moitié des doctorants évalue leurs niveaux de stress de manière élevée ou très élevée. Des comportements qui pourraient s'apparenter à des

stratégies de coping dysfonctionnelles ont pu être observés. Des propositions sont faites pour une meilleure prise en compte de la santé des doctorants.

Salam (2014) analysant les stratégies d'ajustement face au stress des internes de médecine générale, cherche à établir un panel des stratégies utilisées par les internes de médecine générale et à évaluer s'il existe un rapport entre ces stratégies et les données socio-biographiques (sexe, âge, etc.). Cette analyse, s'inscrit dans un contexte où tout au long de leurs années de formation, les internes en médecine générale sont soumis à de nombreuses sources de stress qu'ils tentent de maîtriser par la mise en place de stratégies d'ajustement, encore appelées « coping ». Les prédictions de cette étude qualitative sont vérifiées à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 17 internes de médecine générale de toutes facultés de médecine d'Ile-de-France. Ce travail a permis l'identification de 17 catégories de coping.

Les stratégies les plus fréquemment citées étaient la recherche de soutien, l'auto-réassurance/expérience, l'anticipation, la séparation/coupure, se poser/analyser la situation, les loisirs, la rationalisation et le coping actif. La majorité des stratégies élaborées sont centrées sur l'émotion. L'analyse des données socio-biographiques en fonction des coping élaborés par l'auteur a confirmé l'existence de certaines similitudes. Par exemple, certains groupes d'internes (femmes et semestres moins expérimentés) semblent utiliser des stratégies moins efficaces sur le long terme et l'environnement familial s'avèrent être un élément important à leur bien-être. Il conclut que les internes mettent en place un large panel de stratégies face au stress, davantage centrées sur l'émotion. L'appartenance à une catégorie socio-biographique influencerait l'adoption de certaines stratégies. Les solutions proposées visent notamment à renforcer les copings efficaces ainsi que le soutien afin d'améliorer le vécu de l'internat.

Les travaux ci-dessus montrent la place qu'occupe aujourd'hui le coping dans les recherches en sciences sociales. Elles montrent un usage du coping dans diverses situations, toutefois il y manque d'étude mettant en lien le recours à cette stratégie chez les individus angoissés en situation de dépendance à l'alcool et/ou autres substances au Cameroun.

CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES DE L'ÉTUDE

La compréhension du processus d'adaptation chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse a donné lieu au fil des temps à un ensemble de théorisations et à des approches théoriques diverses. Phénomène complexe et difficile à cerner, l'angoisse et l'alcoolisme mettent en jeu plusieurs approches que nous allons essayer de présenter dans le cadre de cette articulation de notre étude. Il s'agira pour nous d'analyser les stratégies de coping mises en place par les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse à la lumière de la théorie freudienne, des théories kleiniennes de l'angoisse et des défenses et la théorie cognitivo-comportementale. Cette analyse se fera en deux temps, dans un premier temps en lien avec l'angoisse et dans un second sur la consommation d'alcool comme stratégie de coping chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse.

3.1. THÉORIE DE L'ANGOISSE DE Freud (1915/1917) et Klein (1952)

Tout au long de son œuvre Freud n'aura de cesse de questionner l'angoisse. L'affect se présentera à lui comme l'une des énigmes que la théorie psychanalytique a charge de dénouer. Sa conceptualisation sera approchée, remaniée au fil de la structuration de l'hypothèse de l'inconscient. La considération que Freud lui accordera dans le champ clinique et la charge théorique qu'il lui reconnaîtra, lui permettront de circonscrire le champ d'investigation associé à la question de l'angoisse. Nous reviendrons ainsi sur les théories freudiennes de l'angoisse et la théorie kleinienne.

3.1.1. Théories freudiennes de l'angoisse

Freud dans ses recherches a proposé deux théories de l'angoisse. Dans la première (Freud, 1900), il conçoit l'angoisse comme étant le fruit d'une transformation de l'affect après que la représentation douloureuse eut été refoulée. En ce sens, l'angoisse surgit après le refoulement et naît d'une énergie libre (la libido) qui, après avoir été détachée de sa représentation, n'a pu être liée psychiquement. Selon cette première théorie, la phobie résulterait de cette énergie psychique libre qui cause l'angoisse et qui finit par trouver une nouvelle représentation, en l'occurrence l'objet phobique. Le travail clinique consiste à reconnecter l'affect avec sa représentation originelle. Dans cette première théorie étiologique de l'angoisse, (Freud, 1905) établit donc une relation entre la sexualité et les symptômes. L'angoisse névrotique correspondrait dans ce cas à une dérivation de l'excitation sexuelle utilisée de manière anormale. Elle constituerait la réaction

du sujet face à des excitations internes incontrôlables, se manifestant par une expression somatique dénuée de sens (Bonsack et Al, 1995).

Plus tard, dans un ouvrage intitulé *Inhibition, symptôme et angoisse*, datant de 1926, Freud élabore sa seconde théorie de l'angoisse. Dans ce livre, le théoricien développe l'idée nouvelle voulant que le moi soit désormais le siège de l'angoisse : l'angoisse précède le refoulement ou, dit autrement, le détermine et détermine l'utilisation d'autres stratégies défensives, dont l'annulation rétroactive et l'isolation. Toujours suivant cette seconde théorie, Freud conçoit cette autre idée selon laquelle il y aurait un lien étroit entre l'angoisse et la perte de l'objet d'amour. Selon cette perspective, toutes les expériences susceptibles de générer de l'angoisse sont rattachées, de près ou de loin, à une expérience de perte : l'angoisse de la naissance, l'angoisse de castration et l'angoisse morale.

Pour le dire en d'autres termes, les expériences génératrices d'angoisse ont pour point commun la séparation avec la mère et chaque expérience de séparation revêt une importance relative au stade développemental du tout-petit. Par exemple, au début de sa vie, l'enfant réagit aux seules absences de la mère, tandis que plus tard, au stade phallique, l'angoisse de castration, qui implique un renoncement à l'union sexuelle avec la mère, est vécue comme une forme différente de perte avec l'objet d'amour. Freud (1926) précise ainsi que l'angoisse est un signal-affect produit par le Moi indiquant un conflit entre différentes instances psychiques (Laplanche et Pontalis, 1967). Elle n'est plus rattachée à un débordement pulsionnel exclusivement libidinal et peut donc se concevoir en l'absence de facteurs économiques.

Freud (1926) abandonne donc l'idée d'une transformation directe et physique de la pulsion en angoisse. Cette dernière, qui siège dans le Moi, est dorénavant liée à une représentation, ce qui permet l'exploration d'une signification inconsciente des symptômes destinés à éviter la situation de danger (Bergeret et al., 1972). Elle peut demeurer inobservable grâce à la mise en place de mécanismes de défense qui, eux, vont générer des symptômes invalidants. « Dans cette deuxième théorie, il y a donc un glissement de la notion d'angoisse symptomatique à une notion d'angoisse plus « abstraite », cachée, et révélée par des manifestations symptomatiques (défensives) » (Bonsack & Gillieron, 1995 ; p.196). Ils opèrent ainsi une distinction entre l'angoisse réelle (Realangst) relative à la perception d'un danger réel et l'angoisse névrotique ressentie en permanence que l'on peut assimiler à l'anxiété flottante et générale. Pour lui, l'affect d'angoisse proviendrait d'évènements traumatiques très anciens «

déposés en sédiments dans le moi ». Enfin, la théorie freudienne expose la diversité de l'angoisse et laisse entrevoir des limites que la théorie kleinienne tentera de combler.

3.1.2. Théorie kleinienne de l'angoisse et des défenses

La théorie kleinienne de l'angoisse s'inscrit directement dans le sillage de la seconde conception de Freud. Plus précisément, l'angoisse serait une réaction affective vécue par le moi et mobiliserait l'utilisation de diverses stratégies défensives. Par contre, Klein se distingue de la seconde théorie de son prédécesseur viennois en ce qui a trait aux causes de l'angoisse. Pour elle, l'angoisse primaire n'est pas reliée à une expérience de perte objectale. Suivant son point de vue, la crainte la plus fondamentale est celle de la mort, de l'anéantissement du moi par les pulsions de mort. Pour permettre la survie du tout-petit, ce type d'angoisse prendra la forme d'une angoisse persécutive qui n'est rien d'autre que le résultat de l'extériorisation des pulsions de mort vers le monde externe, rendant celui-ci hostile et menaçant pour le moi (Klein, 1952a, b). En fin de compte, la peur du persécuteur externe (et aussi interne, en raison du mécanisme d'introjection) n'est rien d'autre que la peur de ses propres pulsions de mort. À cette première forme d'angoisse succédera l'angoisse dite dépressive.

La question liée à la perte objectale sera désormais comprise suivant ce dualisme, c'est-à-dire que la perte peut être vécue soit selon un mode persécutif, soit selon un mode dépressif (Garzon & Vignau, 1995). Contrairement à Freud, la perte n'est donc pas un déterminant de l'angoisse. En soi, ce n'est pas la perte qui s'avère problématique, mais bien la manière dont celle-ci est vécue et interprétée par le sujet : engendre-t-elle un vécu persécutif ou plutôt un vécu dépressif ? C'est que la perte génère de l'angoisse dans l'exacte mesure où elle évoque soit le fantasme d'un objet persécuteur (angoisse persécutive), soit le fantasme d'un objet détruit par le sujet (angoisse dépressive).

- **Angoisse persécutive**

Klein utilise les concepts d'angoisse persécutive et d'angoisse paranoïde dans ses analyses. Petot (1979) distingue ces deux notions. Selon son interprétation de l'œuvre kleinienne, l'angoisse paranoïde est la peur qu'un persécuteur n'anéantisse le moi, tandis que l'angoisse persécutive est la peur qu'un persécuteur n'anéantisse l'objet d'amour. Suivant cette distinction, l'angoisse persécutive constituerait un stade précurseur de la position dépressive. En quelque sorte, elle serait une manifestation plus régressée de l'angoisse dépressive. Quoique pertinente, nous adopterons la position d'autres commentateurs, dont Segal (1969) et Hinshelwood (2000) qui ne

distinguent pas les deux types d'angoisse. Pour les besoins de notre analyse, l'angoisse persécutive et/ou paranoïde inclut la peur qu'un persécuteur n'attaque le moi et l'objet. D'un point de vue développemental, l'angoisse persécutive se manifeste entre zéro et quatre mois, lors de la position schizo-paranoïde. Elle peut être définie comme une angoisse à partir de laquelle le moi ressent la peur d'être anéanti ou blessé par un persécuteur externe ou interne. L'angoisse persécutive naît de la projection de la pulsion de mort sur un objet externe, ce qui a pour conséquence de débarrasser le sujet de son sadisme (de ses pulsions destructrices) en le projetant sur autrui. Mais, en revanche, cet objet revêt un caractère menaçant et dangereux pour le moi, d'où la peur d'être anéanti ou blessé par ce dernier (Klein, 1952a, b ; Segal, 1969). Klein a identifié une série de mécanismes de défense qui caractérisent la position schizo-paranoïde et qui, par conséquent, permettent au moi de gérer l'angoisse persécutive. Parmi ceux-ci, nous retrouvons le clivage, la projection, le déni et l'idéalisation (Klein, 1952b).

Dans ce contexte, l'angoisse du Talion, l'angoisse hypocondriaque et l'angoisse de castration sont comprises comme étant des manifestations de l'angoisse persécutive. L'angoisse du Talion constitue une crainte que l'objet attaqué n'exerce des représailles sur le moi (Segal, 1969). Concernant l'angoisse hypocondriaque, celle-ci est aussi une angoisse de persécution dans la mesure où elle est provoquée par le mécanisme d'introjection qui consiste à « introjecter », c'est-à-dire à mettre à l'intérieur de soi le persécuteur externe, ce qui en fait un persécuteur interne. Ainsi, la projection accentue l'impression d'un danger externe, tandis que l'introjection accentue l'impression d'une menace interne (Klein, 1966b, Segal, 1969).

Selon la théoricienne britannique, il y aurait un jeu continu entre les mécanismes de projection et d'introjection. Quant à l'angoisse de castration, celle-ci est tout autant à comprendre comme étant une variante de l'angoisse persécutive dans la mesure où elle constitue une peur d'être châtrée par un mauvais objet externe, en l'occurrence le père (Klein, 1952, Segal, 1969). En ce sens, et contrairement aux avancées proposées par Freud, l'angoisse de castration ne représente pas un noyau fondamental et structurant de la psyché humaine où l'interdit social commence à se frayer un chemin dans la psyché infantile. Les fantasmes de castration se situent dans une problématique rattachée à l'angoisse persécutive, dont ils ne sont que des manifestations particulières.

Il serait important d'apporter une nuance concernant l'angoisse persécutive. Sur le plan clinique, la présence d'angoisse persécutive chez un individu ne signifie pas nécessairement que

celui-ci soit psychotique ou délirant. En effet, ce type d'angoisse peut tout autant être détecté dans la psychose que dans les phobies de type névrotique. Ainsi, nous pouvons retrouver l'angoisse persécutive chez un névrosé dans la mesure où celui-ci se sent menacé par un objet externe ou interne. Ce qui détermine la nature de l'angoisse est le sens de l'attaque : lorsque le moi est en danger, il s'agit de persécution.

- **Angoisse dépressive**

D'un point de vue développemental, l'angoisse dépressive succède à la position schizo-paranoïde. Plus précisément, elle se manifeste entre le quatrième et le sixième mois d'existence, lors de la position qualifiée de dépressive. La caractéristique essentielle de cette période de la vie est que l'infans prend conscience du fait que l'objet (essentiellement la mère) est à la fois constitué de qualités bonnes et mauvaises, ce qui a pour effet d'atténuer le mécanisme du clivage. Cependant, de cette nouvelle prise de conscience découle une crainte nouvelle : celle que le sadisme infantile n'ait pu détruire ou blesser le bon objet. Cette peur d'avoir pu endommager l'objet d'amour est ce que Klein nomme l'angoisse dépressive (Klein, 1952a, b). En d'autres termes, la position dépressive permet d'accéder à la notion d'ambivalence, mais cette nouvelle acquisition psychologique, en raison de l'union de sentiments contradictoires pour un seul et même objet, fait surgir un nouveau type d'angoisse, soit l'angoisse dépressive. Le lien à autrui s'en trouve dès lors modifié : désormais, la relation n'est plus à un objet clivé (tout bon ou tout mauvais), mais bien à un objet unifié (à la fois bon et mauvais).

Selon le modèle kleinien, l'angoisse dépressive est intimement liée au sentiment de culpabilité. Comme le fait remarquer (Hinshelwood, 2000) dans son ouvrage de référence générale : « [...] elle [l'angoisse dépressive] exprime la forme la plus précoce et la plus angoissée du sentiment de culpabilité dû aux sentiments ambivalents éprouvés envers un objet. (p.151) ». Normalement, les enfants composent avec ce type d'angoisse en recourant au mécanisme de réparation. Ce mécanisme naît précisément du désir de « réparer », de restaurer l'objet d'amour de l'effet négatif provoqué par les fantasmes destructeurs (Klein, 1952a, b). La réparation permet de mieux gérer les enjeux qui sont à la base de la position dépressive en favorisant l'introjection d'objets bons et stables à partir desquels le moi pourra s'identifier. L'acquisition de nouveaux objets internes, non seulement enrichit le moi, mais lui procure également un sentiment de sécurité intérieure.

Face à l'angoisse dépressive, le sujet peut recourir à diverses stratégies défensives. Il y aurait principalement deux types de réactions défensives : les défenses paranoïdes et les défenses maniaques (Klein, 1952a, b ; Segal, 1969). D'une part, les défenses paranoïdes consistent en un retrait de la position dépressive par un retour en arrière vers les formes paranoïdes de relations objectales. Afin de se protéger de l'angoisse dépressive, les sujets~ auront tendance à recourir aux modes défensifs qui relèvent de la position schizoparanoïde : clivage, projection, déni et idéalisation. Ces stratégies défensives évitent l'union de la haine et de l'amour et préservent ainsi le bon objet de la destruction. Pour le dire autrement, en maintenant les mécanismes primitifs, le bon objet ne risque pas d'être contaminé ni détruit par le mauvais. D'autre part, les défenses maniaques sont surtout des défenses contre la dépendance dans le but de minimiser l'impact de la perte et la culpabilité qui en résulterait. Ce sont dès lors des défenses liées à l'omnipotence et qui viseraient à réduire l'importance attribuée aux objets dont le moi est dépendant. En fin de compte, elles donnent accès à une sorte de pseudo-autonomie qui camouflerait une grande dépendance à autrui.

Ces défenses consistent donc à renverser des positions relationnelles insoutenables et à recourir à des organisations fantasmatiques dans lesquelles l'omnipotence cache de fait la vulnérabilité du sujet. Le mépris, le contrôle et le triomphe sont les principales défenses maniaques identifiées par Klein (1952a et b). Il est intéressant de préciser ici que ce type de défenses (défenses maniaques), en plus de contrecarrer l'angoisse dépressive, constitue aussi une mesure protectrice contre l'angoisse persécutives qui peuvent surgir dans la position dépressive: « La manie n'est pas, pour le moins, un refuge contre la seule mélancolie, comme l'écrit pertinemment Hinshelwood citant Klein dans son ouvrage de référence générale, mais aussi contre un état paranoïde qu'il est incapable de maîtriser (Hinshelwood, 2000, p.162).» Ainsi, les défenses maniaques s'avèrent tout autant utiles en vue de se préserver de l'angoisse dépressive que pour se préserver de l'angoisse persécutive.

Comme nous l'avons montré tout au long de cette sous partie de notre étude, la théorie kleinienne de l'angoisse tout comme les autres modèles présentés suit un modèle basé sur la notion de dualité : d'un côté préfigure l'angoisse persécutive et de l'autre côté l'angoisse dépressive. Or, notre réflexion sur le concept d'angoisse montre que cette dualité peut s'avérer à certains égards insatisfaisants, c'est-à-dire que, tel quel, il est difficile d'y intégrer certaines variétés d'angoisse qui sont pourtant facilement repérables sur le plan clinique. Afin de parer à cet

inconvenient ou à cette limite, nous proposons de concevoir l'angoisse non plus suivant une structure binaire (qui appartient à un modèle statique), mais plutôt suivant une structure basée sur un continuum (qui appartient davantage à un modèle dynamique), ce qui permet de développer et d'enrichir le modèle de la psychanalyste anglaise. Car entre les deux types d'angoisse, d'autres peuvent venir s'y greffer.

Plus exactement, selon le modèle que nous proposons, l'angoisse est toujours conçue de façon binaire, mais entre les deux extrémités, nous retrouvons une gradation. Dans une étude sur l'angoisse et les stratégies de coping (le changement), la conception basée sur le continuum apparaît plus satisfaisante, car non seulement elle s'avère inclusive, mais elle permet en outre de tenir compte de changements intrapsychiques subtils. Ce détour dans la théorie de Klein s'est avéré nécessaire pour nous permettre de nuancer sinon de « dépasser » la théorie binaire de l'angoisse. Le modèle basé sur la notion de continuum nous semble plus complet et mieux adapté pour guider les analyses qualitatives sur l'angoisse et les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool.

3.1.3. Théorie de l'angoisse de Lacan (1962-1963)

Pour Lacan, la construction de notre identité se produit à travers la captation de soi dans les autres. Selon la théorie du miroir, les relations que nous pouvons avoir comportent des reflets ou des projections de pans de notre personnalité que nous aimons ou pas. Dans l'autre, on se regarde.

En effet, à la suite de Freud, Lacan après une année consacrée à l'élaboration d'une articulation aussi précise que possible du concept d'angoisse reprend la définition de Freud en ces termes : l'angoisse est un affect dont la position a minima est d'être un signal. Pour lui, l'angoisse n'est pas la manifestation d'un danger interne ou externe. C'est l'affect qui saisit un individu, dans une vacillation, quand il est confronté au désir de l'autre. Si, pour Freud, l'angoisse est causée par un manque d'objet, par une séparation d'avec la mère ou le phallus, pour Lacan (1962-1963) l'angoisse n'est pas liée à un manque d'objet. Elle surgit toujours dans un certain rapport entre la personne et cet objet perdu avant même d'avoir existé. C'est ce dont parle Freud dans l'Esquisse d'une psychologie et qu'il nomme das Ding (la Chose).

Lacan (1962-1963) rend compte de l'angoisse en usant de trois points de repère (le désir, la demande, la jouissance), mais où la dimension du rapport à l'autre est dominante. Selon lui, l'angoisse se caractérise donc par ce qui ne trompe pas, c'est le pressentiment, ce qui est hors de

doute. Ce n'est pas le doute, mais la cause du doute. L'angoisse, c'est l'affreuse certitude, c'est ce qui nous regarde, comme l'Homme aux loups, à travers la lucarne, au comble de l'angoisse, se voyait regardé par les cinq paires d'yeux de son fantasme. L'angoisse est toujours ce qui nous laisse dépendant de l'autre, sans aucun mot, hors symbolisation.

Au regard de ce qui précède, la condition de l'angoisse pour Lacan est le manque. Le manque étant la condition du désir, tout ce qui peut venir exagérément le boucher génère de l'angoisse. Pour Lacan, l'angoisse c'est d'être la visée d'un désir de l'Autre, chaque fois que cette visée risque de s'annuler en tant que sujet désirant.

3.2. THÉORIE DU COPING

La compréhension des phénomènes de consommation d'alcool a donné lieu à différentes approches théoriques. Il s'agit d'un phénomène complexe, multifactoriel et multidimensionnel dans lequel de multiples approches sont en jeu : des approches biologiques, neurobiologiques, psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques... Dans le cadre de cette étude, avant de nous intéresser à l'approche transactionnelle (TSC) ainsi qu'à l'approche cognitivo-comportementale nous allons d'abord présenter l'approche théorique sur les stratégies de coping.

3.2.1. Théorie du coping selon les travaux de Lazarus et Launier (1978)

Ce concept a été élaboré par Lazarus et Launier en 1978 et le récent développement des recherches sur ce thème est assez caractéristique du rôle important des styles de coping comme théorie explicative des liens qui existent entre des événements stressants et les conséquences tels que l'anxiété, la dépression, l'angoisse

Selon la culture, le coping revêt différentes appellations. De même, en fonction des auteurs et des époques, la traduction diverge. On le retrouvera sous la forme de « stratégie d'ajustement » (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Paulhan, 1992) ou encore « processus de maîtrise » (Corraze, 1992) ou « stratégie d'adaptation » au Canada.

3.2.1.1. Approche conceptuelle et définitionnelle du coping

Le coping n'a pas une définition univoque ; elle dépend de la perspective théorique adoptée. Les premières analyses sur le sujet, qui datent des années soixante, ont débuté dans la tradition des recherches psychanalytiques sur les mécanismes de défense. Pour Haan (1965), le coping se distingue du comportement défensif, puisque ce dernier, par définition, est rigide, compulsif, indifférencié et déforme la réalité, alors que le coping est flexible, différencié et a un but orienté sur la réalité. Dans la même perspective, d'autres chercheurs ont construit un domaine

d'étude fondé sur les théories cognitives et comportementales, indépendant des mécanismes de défense : celui des stratégies conscientes utilisées par les sujets rencontrant des situations de stress (Sidle Moos, Adams, Cady, 1969). Très vite, ce champ de recherche est devenu distinct de l'ancienne littérature sur les mécanismes de défense et a affirmé sa suprématie (Lazarus, Averill, Opton, 1974). C'est la perspective « transactionniste » du coping, prenant en compte l'interaction entre la personne et son environnement, qui constitue, aujourd'hui, le modèle dominant. Selon cette théorie, le faire face ou coping est « un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles » (Lazarus, Folkman, 1978-1984).

Selon le dictionnaire Larousse, le coping en psychologie désigne l'ensemble de stratégies développées par l'individu pour faire face au stress. Pour le dictionnaire médical, le coping en anglais est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes susceptibles de mettre à l'épreuve les ressources individuelles.

Encore appelées en français stratégies de faire face ont pour finalité « de rétablir le contrôle de la situation considérée comme stressante » (Lazarus, Folkman, 1984). Deux types de stratégies sont énumérées, 1) celles centrées sur le problème et 2) celles centrées sur l'émotion. Les premières sont des réponses orientées vers l'événement lui-même, alors que les secondes sont des réponses orientées vers les réactions émotionnelles, vers l'état interne de la personne. L'évaluation effectuée, orientera les stratégies de coping utilisées pour faire face à la situation. Différentes options de coping peuvent être envisagées tels que le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche de soutien social ou l'action impulsive.

Selon de nombreux travaux, les personnes qui attribuent ce qui leur arrive à des causes internes et contrôlables utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur le problème que celles qui attribuent ce qui leur arrive à des causes externes (fatalité) et incontrôlables (Lazarus et Folkman, 1984 ; Denoux, Macaluso, 2006). Cette attribution passe toujours par le filtre de l'évaluation. Dans le modèle transactionnel stress-coping (TSC) , les processus d'évaluation sont influencés par les caractéristiques personnelles antérieures d'ordre conatifs (incluant les ressources personnelles, traits de personnalité), les variables environnementales, d'ordre cognitifs (incluant les croyances, les motivations, le lieu de contrôle). Ces dernières détermineront les

stratégies de coping mise en place conduisant à une issue favorable (l'individu retrouve son homéostasie) ou défavorable (augmentation de la détresse). Une révision du modèle TSC de Folkman et Lazarus (1984) tient compte du fait que, même en cas d'issues défavorables et de détresse induite, les individus recourent à des stratégies de réévaluation positive de la situation (comme le coping de recherche de sens). L'individu révisé ses priorités et objectifs et restaure ses ressources (boucle de rétroaction) (Untas et al., 2012). Cette approche psychologique du stress a été enrichie par l'apport du modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel de Bruchon-Schweitzer et Quintard (2002).

Le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et Launier, 1978). Quelles sont les stratégies de coping convoquées dans cette étude ?

3.2.1.2. Stratégies de coping centrées sur le problème

De façon générale, les stratégies de coping centrées sur le problème cherchent directement ou indirectement à modifier la situation stressante. Elles correspondent à la gestion du problème à l'origine du stress en modifiant directement les éléments de la situation stressante, ce type de coping est similaire aux stratégies utilisées dans la résolution quotidienne de problèmes : il implique généralement l'identification du problème, l'examen des solutions possibles, la pesée des coûts et des avantages de ces solutions, puis la sélection d'une alternative (Lazarus et Folkman, 1984).

D'autre part, les stratégies de coping centrées sur le problème visent entre autres à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations.

3.2.1.3. Stratégies de coping centrées sur l'émotion

Les stratégies de coping centrées sur l'émotion visent à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie : consommer des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture, télévision,...), se sentir responsable

(auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété,...). Elles impliquent l'expression d'émotions. Une modalité cognitive de ce coping consiste à transformer la signification de la situation par exemple, en modérant sa gravité (minimisation), une autre à nier la réalité (pensée magique, dénégation).

Lazarus et Folkman, (1984b), avaient regroupé de petits facteurs se rattachant aux stratégies de coping : **la minimisation de la menace, prise de distance** (j'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas si grave,...) ; **la réévaluation positive** (je suis sorti plus fort de cette épreuve,...) ; **l'auto-accusation** (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème) ; **l'évitement-fuite** (j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou fumant ; j'ai essayé de tout oublier,...) et **la recherche de soutien émotionnel** (j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un). Dans certains cas, les stratégies d'adaptation axées sur les émotions impliquent une réévaluation, par laquelle le facteur de stress est interprété différemment (et quelque peu auto-trompeur) sans changer son niveau objectif de menace (Lazarus et Folkman, 1984).

3.2.1.4. Stratégies de coping centrées sur le soutien social

La stratégie de recherche de soutien social implique la recherche de soutien émotionnel et tangible, et la recherche d'informations auprès d'un tiers qui peut agir sur la situation décrite par Vitaliano et al., (1985), elle consiste à recueillir des informations sur la situation, à se confier aux autres et à accepter leur sympathie, il transparaît de façon significative que les sujets ayant une forte capacité de mobilisation de recherche d'informations sont moins exposés aux dégâts psychiques générés par l'angoisse que ceux qui se déploient le moins. Dans notre étude, elle intègre en plus le recueil d'informations sur la situation, la stratégie de recherche de soutien social instrumental (Carver & al., 1989) qui consiste à partir des significations positives qu'ont des sujets sur la situation angoissante à rechercher des avis, de l'aide ou des informations appropriées à la situation.

Eu égard de ce qui précède, les stratégies de coping selon les travaux de Lazarus et ses collègues, le patient face à un évènement jugé menaçant peut utiliser à la fois un coping centré sur le problème, un coping centré sur l'émotion et celui centré sur le soutien social face au même évènement. Il convient de noter qu'aucune stratégie n'est jugée ni « bonne » , ni « mauvaise » , l'essentiel étant d'utiliser celles qui semblent les mieux adaptées à chaque situation angoissante donnée.

3.2.2. Modèle transactionnel selon les travaux de Folkman et Lazarus (1984)

Lazarus et Folkman abordent le rôle des processus cognitifs et comportementaux qui modifient l'impact du stress. De son point de vue, le stress n'est pas uniquement un aspect du contexte résultant de l'événement stressant ou dépendant uniquement de la gravité objective du stress. Son impact est modulé par des variables psychologiques, préalables et des « stratégies cognitives comportementales d'ajustement au stress » (Bruchon-Schweitzer, 2002) propres à chaque individu. C'est un processus dynamique où la personne et l'environnement dans lequel il fait partie se transforment réciproquement (Untas et al., 2012). Ce dernier met en place diverses stratégies de coping.

Lazarus et Folkman, (1984, p.19) définissent le stress comme cette « transaction particulière entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être ». Le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés par l'individu pour gérer des exigences spécifiques, internes et/ou externes, évaluées comme consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 141).

À partir de cette approche, Lazarus et Folkman, (1984) décrivent le modèle transactionnel stress-coping (TSC), multidimensionnel et interactionniste qui intègre les facteurs affectifs, cognitifs, sociaux et physiologiques. Selon ce modèle, les stressors passeraient par plusieurs « filtres » dont la fonction est de modifier l'événement (ou la situation stressante) et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress. Les trois filtres principaux identifiés sont (Paulhan, 1992, p.548) :

- **La perception du stressor** : est influencée par les expériences antérieures avec des stressors similaires, le soutien social et la religion ;
- **Les mécanismes de défense** (déli, répression, etc.) qui agissent inconsciemment ;
- **Les efforts conscients** : ils correspondent à l'ensemble des plans d'action mobilisés, le recours à diverses techniques mobilisées (relaxation, exercice physique, méditation, médication, etc.).

Ces différents filtres agiraient comme des médiateurs de la relation, événement stressant et émergence de la détresse émotionnelle (Folkman et Lazarus, 1984). Ces deux auteurs modélisent ainsi les deux processus qui médiatisent la relation entre l'environnement et l'individu.

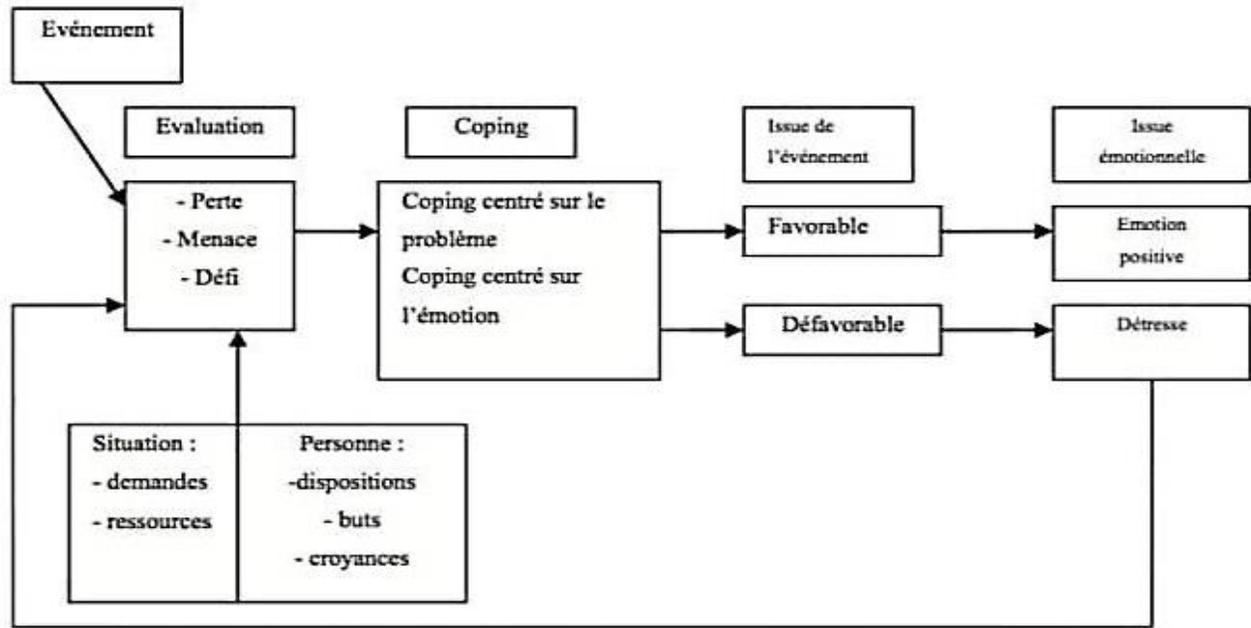


Figure 1: Le modèle transactionnel stress-coping (TSC) de Lazarus et Folkman (1984)

Les processus transactionnels se déroulent en plusieurs phases. Les deux principales sont les phases d'évaluation et de coping.

La phase d'évaluation est un processus cognitif à travers lequel un individu évalue de quelle façon une situation peut mettre en danger son homéostasie et son bien-être d'une part. D'autre part, ce dernier évalue les ressources de coping disponibles pour y faire face. Elle est constituée de l'évaluation primaire qui est le moment où l'individu donne une signification à la situation/événement (Untas & al., 2012) et de l'évaluation secondaire correspondant au moment où l'individu se questionne sur les ressources et les réponses qu'il possède ainsi de l'efficacité de ses tentatives (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

La phase d'élaboration de stratégies d'ajustement ou « coping » consiste à mobiliser toutes les stratégies susceptibles de gérer l'événement ou la situation à l'origine du stress. Elle tient compte des interactions entre le sujet et son environnement. Ces stratégies d'ajustement sont comme nous les avons précédemment évoquées, centrés sur le problème et centrés sur l'émotion selon Lazarus et Folkman (1984).

3.3. APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

L'approche cognitivo-comportementale est une méthode intensive et de courte durée qui met l'accent sur le moment présent et les problèmes qui surviennent au quotidien. Elle nous aide à mieux examiner la façon dont on interprète les événements qui surviennent et les effets de nos perceptions sur nos émotions Neil (2010). Ce que nous ressentons n'est pas seulement lié à la nature d'une situation, mais également aux perceptions que nous avons de celle-ci.

Ce modèle postule que le comportement est principalement influencé par l'apprentissage qui prend place au sein d'un contexte social (Bandura, 1986). Dans ce modèle d'après Bandura, les différences individuelles dans le comportement sont attribuées à l'histoire d'apprentissage unique de l'individu en relation avec des personnes et des situations spécifiques, et non pas à des traits de personnalité ou à une maladie mentale. Le milieu culturel de chaque individu est vu comme étant une partie de son histoire d'apprentissage unique. Le modèle cognitivo-comportemental associe donc les paradigmes comportementaux (Processus d'apprentissage en termes de conditionnements) et cognitifs (Analyse subjective d'une situation en fonction des modes de pensées conscientes ou automatiques, constitués au cours du développement, sans cesse reconstruits). Ainsi, les conduites sont appréhendées à travers les interactions présentes et passées entre l'individu et l'environnement. Il en va de même pour l'abus d'alcool qui renvoie à un comportement de consommation de boisson alcoolisée. Des aspects émotionnels, cognitifs, environnementaux et psychologiques sous-tendent conjointement ce mode de consommation.

3.3.1. Approches comportementales

La conduite alcoolique peut s'expliquer par différents types d'apprentissage tels que conditionnement classique, conditionnement opérant, apprentissage social (pôle comportemental), et par l'activation des processus dysfonctionnels tels que schémas mentaux ; stratégies de coping (pôle cognitif) (Smaniotto, 2008).

3.3.1.1. Consommation d'alcool : réponse conditionnée

Aussi bien le conditionnement pavlovien que skinnérien peuvent être utilisés pour comprendre le recours à la consommation d'alcool chez les individus.

- **La consommation d'alcool comme produit du conditionnement répondant chez Pavlov (1903)**

Pavlov cité par (Smaniotto, 2008) met en évidence le conditionnement classique ou répondant. C'est un mécanisme d'apprentissage produit par contiguïté de deux éléments

environnementaux, que le sujet finit par combiner. De cette manière, un stimulus « conditionnel » (neutre) est exposé en association avec un autre, qui provoque habituellement une réponse « inconditionnelle », de sorte que le stimulus conditionnel finit par évoquer seul le résultat, alors appelé « réponse inconditionnelle ». Plusieurs facteurs contribuent à la réussite de cet apprentissage : la répétition de l'association, le temps d'apparition entre les deux stimuli (qui doit être court), l'intensité du stimulus inconditionnel et enfin, l'état psychologique de l'organisme au moment de la présentation. Pavlov (1929) parlera alors du conditionnement réflexe.

Dans le cas de l'abus d'alcool, le stimulus inconditionnel (l'alcool), induit une réponse inconditionnelle (l'envie de boire). Si l'individu a l'habitude de boire en compagnie d'amis (stimulus neutre), la répétition de l'association entre l'alcool et cette situation va aboutir à la transformer en stimulus conditionnel. De cette manière, la seule rencontre avec ses amis va activer la réponse conditionnée (l'envie de boire). Un tel conditionnement peut, par la suite, mettre en danger l'abstinence. Le conditionnement pavlovien est loin d'être le seul à pouvoir expliquer certains mécanismes d'apprentissages. Quelques années après Pavlov un autre type de conditionnement a vu le jour. Il s'agit du conditionnement opérant de Skinner.

- **La consommation d'alcool comme produit du conditionnement opérant chez Skinner (1953)**

D'après Skinner (1953) l'homme agit sur son environnement et les conséquences de cette action le conduisent à modifier son comportement. De ce fait, il finit par repérer ou, au contraire, éviter certains comportements. Les conséquences des actes viennent donc renforcer progressivement certains comportements. Il existe des renforcements positifs (Induisant une répétition des actes car les conséquences de l'action sont jugées plaisantes) et des renforcements négatifs (Induisant un évitement des actes car les conséquences de l'action sont jugées déplaisantes) (Fernandez, Lafont & Sztulman, 1999). Certains événements produisent à la fois des renforcements positifs et négatifs, comme par exemple le comportement d'alcoolisation. La consommation d'alcool est soutenue et alimentée par ses propres effets.

Les expériences satisfaisantes (sensation agréables, bénéfiques sociaux...) jouent le rôle de renforcement positif (Patterson et Reid, 1984). Ainsi, les alcoolisations peuvent s'accroître dans le but de retrouver ces états de bien-être et/ou ces situations attrayantes. Un autre modèle comportemental nous permet d'avoir une autre lecture. C'est le modèle de l'apprentissage social (Bandura, 1986).

3.3.1.2. Consommation d'alcool : produit d'un apprentissage social chez Bandura (1986)

La théorie de l'apprentissage social a été élaborée par Bandura (1986). D'après lui, le comportement se forme non seulement à travers ce que l'individu apprend directement par les conditionnements classique et opérant, mais aussi à travers l'observation et la représentation symbolique d'autres personnes et événements. Cette théorie en effet met en avant la sphère de la cognition, c'est-à-dire des processus conscients ou non par lesquels un individu va pouvoir s'adapter à des stimuli. Il s'agit d'un apprentissage par imitation de modèle, encore appelé modelage. Ce modelage dépend de différents facteurs : âge, sexe, sentiments du sujet à l'égard de la personne qui va jouer ce rôle, etc. Si le modèle est porteur de valeurs saines et/ou de comportements adaptatifs, le sujet va pouvoir s'ajuster aux contingences de l'environnement, et faire face aux situations difficiles (développement de l'efficacité personnelle). A l'inverse, le modelage peut être impliqué dans l'initiation des conduites d'alcoolisation (imitation des parents et/ou des pairs consommateurs) et dans leur maintien (condition pour garder sa position dans le groupe). En effet, il reste possible de pallier ces conduites en permettant au sujet d'apprendre d'autres comportements à partir de nouveaux modèles (Smaniotto, 2008).

Ainsi, pour Bandura (cité par Fernandez, Lafont & Sztulman, 1999), l'anticipation est fondamentale chez l'être humain car la conscience de l'individu fait que la sélection d'un comportement ne s'opère pas d'une façon purement mécanique comme le laisse supposer le modèle de Skinner. La notion de liberté ou plutôt l'idée subjective d'être libre, doit être prise en compte. Ce modèle purement comportemental, a introduit peu à peu une dimension cognitive, à travers l'inclusion des croyances influant sur cet apprentissage. Par exemple, chez les individus alcooliques, le besoin et le désir de consommer sont renforcés par les motivations, les croyances liées et à l'usage social de l'alcool. Ces individus recherchent d'autres liens, d'autres pôles d'attractions mais aussi les grandes amitiés et les bandes. Celles-ci répondent aux besoins des individus car elles reproduisent une microsociété en marge de celle des autres adultes qui leur permet d'imposer des idées, des valeurs où l'alcool à un effet d'autorégulation (Apaisement des tensions, gestion des difficultés interpersonnelles, développement des rapports amicaux formels) (Fernandez, Lafon & Sztulman, 1999). Les modèles comportementaux ne peuvent à eux seuls permettre une meilleure compréhension des conduites d'alcoolisation. A ces modèles comportementaux, on associe des modèles cognitifs. Ici, nous présentons le modèle cognitif de Beck.

3.4. MODÈLE COGNITIF DE Beck (1976), Beck et Freeman (1993)

Ce modèle s'appuie sur les recherches en psychologie et en neuroscience et fait l'hypothèse que la pensée procède d'un traitement de l'information. Il vise à expliquer comment l'apprenant construit ses connaissances et comment il fonctionne sur le plan émotionnel et comportemental. Il permet d'expliquer la construction d'images mentales et les représentations dans un contexte donné visant à mieux appréhender les potentialités d'apprentissage.

La cognition regroupe les divers processus mentaux allant de l'analyse perceptive à la commande motrice, en passant par le langage, la mémoire, les émotions, etc. Ce modèle est donc centré sur le rôle de la compréhension subjective (Smaniotto, 2008). Pour Beck (cité par Smaniotto, 2008), les sujets interprètent les situations en fonction des croyances qu'elles réactivent. En retour, ces interprétations modulent les émotions, les motivations et les actions des individus. En 1993, Beck conçoit un système d'analyse et d'interprétation des stimuli se basant sur des structures d'organisation stables et durables, appelées « schémas ». Ces derniers évoluent tout au long de la vie, et ils correspondent à des structures abstraites de représentations de connaissances et des expériences antérieures (Découvelaere et al., cité par Smaniotto, 2008).

Les schémas sont stockés en mémoire à long terme Beck et al., (1990), et demeurent inconscients : ils ne sont accessibles qu'à travers les pensées automatiques qui leur sont associées. Les schémas gèrent toutes les étapes du traitement de l'information : filtrage, organisation en mémoire, récupération, etc. Ils contribuent à la gestion de l'action en centrant le sujet sur certains stimuli (sensibilisation sélective). Ils s'activent selon les situations afin de les classer, interpréter, évaluer, etc. Les schémas donnent donc du sens au vécu. Pour Hautekèete (cité par Smaniotto, 2008), le fonctionnement pathologique correspondrait à un haut niveau d'activation des schémas conduisant à un traitement rigide et erroné des informations. En effet, les schémas s'auto-renforcent car ils sécurisent le sujet en tant qu'ils représentent ce qu'il a toujours été. Ils saturent donc la pensée consciente du sujet. Le raisonnement logique et volontaire cède face aux distorsions cognitives, d'où l'émergence de comportements et d'émotions inadapés (Blackburn & al., 1988).

De cette manière, dans le modèle cognitif de Beck et Freeman (1993), les conduites d'alcoolisation sont interprétées comme une stratégie apprise, et inadaptée à long terme, pour faire face à une situation à problèmes, reflétant ses distorsions cognitives, ses schémas dysfonctionnels. Les Schémas Centraux Dysfonctionnels (SCD) regroupent les schémas addictifs.

Sans être prédisposant, ces SCD contribuent au développement et au maintien de la conduite. Ils sont de deux types : ceux concernant la liberté, l'autonomie et la réussite personnelle, et ceux se référant aux relations (se croire accepté ou rejeté). Si le sujet se trouve dans une situation qui confirme ses croyances (rejet dans un contexte social), la force de ces dernières augmente, produisant un état émotionnel négatif (malaise). Le sujet se remémore que l'alcool a pu, par le passé, remédier à ce mal-être de manière efficace (schémas spécifiques). Cette situation étant la seule disponible, incite à la consommation d'alcool. De cette façon, afin d'obtenir des effets précis, l'usage d'alcool conduit le sujet à façonner des croyances à l'égard du produit (Beck & Freemann, 1993). Selon ces auteurs, les schémas spécifiques (croyances) impliqués dans la conduite de consommation guident le comportement du sujet et peuvent se résumer dans le modèle ASP :

« A » renvoie aux croyances anticipatoires, c'est-à-dire aux attentes positives : selon Beck et Freemann, (1993), on distingue sept types d'attentes positives vis-à-vis de l'alcool (l'équilibre psychologique ; le bon fonctionnement social et intellectuel ; le plaisir ; la stimulation ; le réconfort ; la lutte contre l'ennui, l'anxiété, la tension ou l'humeur dépressive ; sans l'alcool, la souffrance ne peut que continuer voire s'aggraver). Le sujet croit que l'alcool va augmenter son bien-être, améliorer ses performances, diminuer ses états de tension, etc. Au fur et à mesure que l'alcool répond à ses attentes, le sujet va s'en servir pour palier ses failles, d'où l'activation de croyances soulageantes. « S » se réfère aux croyances soulageantes, qui visent la réduction d'un malaise ou du manque (« boire m'aide à ... »). Ces croyances soulageantes mènent souvent à la permissivité. « P » se rapporte aux croyances permissives, qui justifient les alcoolisations en dépit des conséquences négatives. Le sujet s'autorise à consommer (« je l'ai bien mérité... ») et organise des plans d'action afin de trouver « des prétextes » à boire.

Validé par Hautekèete & al., (cité par Smaniotto, 2008), le modèle ASP se révèle pertinent pour décrire les schémas dysfonctionnels impliqués dans les conduites d'alcoolisation : les personnes alcooliques présentent davantage de pensées automatiques, exprimées de manière plus intense, en lien avec ces schémas que les sujets tout-venants. Cet écart est cependant moindre en ce qui concerne le schéma « A », dans la mesure où des personnes non alcooliques peuvent avoir des attentes positives vis-à-vis de l'alcool. Ces croyances sont donc activées de manière séquentielle, et leur installation s'accroît en même temps que l'alcoolisation. Ainsi, des pensées automatiques négatives engendrent des croyances Anticipatoires, puis Soulageantes

provoquant une forte envie de consommer qui, dans le cas d'un sentiment d'efficacité personnelle faible, favorise l'émergence de croyances Permissives.

D'après Folly & al., (cité par Smaniotto, 2008), l'envie de boire est accompagnée de sensations physiques qui s'apparentent à la faim, c'est un état ressenti comme viscéral. A l'inverse, « ne pas consommer » comporte une forte composante cognitive, en tant qu'elle découle d'une prise de décision et du sentiment d'auto-efficacité (le sujet se sent capable de surmonter les sensations et les émotions négatives...). Dans le cas contraire, le sujet est incapable de contrôler son envie et confirme ainsi son incapacité à y faire face. La consommation devient un réflexe. Ces deux motivations sont donc qualitativement différentes. En plus, Beck et Freemann (1993) soulignent que les attentes demeurent ancrées dans la mémoire et continuent d'influencer le comportement, y compris lorsque les effets positifs s'estompent : le plaisir s'étioule plus vite que le souvenir de celui-ci, et que l'anticipation de cette réminiscence (attribution). Les apprentissages sont donc inscrits et structurés en mémoire dans des schémas cognitifs, constitués des éléments qui ont érigé l'alcool comme une solution.

Le sujet alcoolique filtre et analyse les événements à travers le prisme déformant de ces schémas : sa perception, ses émotions et ses pensées sont orientées pour n'anticiper que les conséquences positives de l'alcoolisation. Il dispose alors d'un éventail limité de stratégies pour résoudre ses problèmes. De manière rétroactive soulignent Beck et Freemann (1993), les effets réels de l'alcool sont modifiés en fonction de ces éléments. En conséquence, plus que les situations en elles-mêmes, ce sont les schémas dysfonctionnels (et les pensées automatiques associées) qui conduisent à la consommation d'alcool. Beck et Freemann (1993) ont ainsi développé un modèle illustrant le maintien de la conduite de consommation d'alcool : la boucle cognitivo-comportementale est initiée par un stimulus interne (émotions négatives) ou externe (situation à problème : « parler devant un auditoire »), qui produit un schéma cognitif composé d'attentes et de croyances (« on se sent plus à l'aise en ayant bu »). Ce schéma s'exprime à travers des pensées automatiques (« boire me met à l'aise ») qui enclencheront l'envie de consommer. Cette envie sera soutenue par des croyances permissives (« un verre ne me fera pas de mal ») qui vont initier le comportement de recherche d'alcool. Autrement dit, l'intérêt de cette approche cognitive de Beck (cité par Smaniotto, 2008) réside dans le fait qu'elle apporte une contribution certaine à une grande précision du problème. Par ailleurs, d'après le modèle comportemental, les mêmes principes d'apprentissage déterminent à la fois les comportements

problématiques et non problématiques. Cette approche cependant renvoie la plupart du temps le problème aux facteurs internes à la personne et atténue de ce fait les facteurs environnementaux Ball (1998). Pour cette analyse, nous ferons un recours de façon partielle à chacun des paradigmes théoriques ci-dessus, car ils permettent d'expliquer le recours à la consommation d'alcool chez les individus en situation d'angoisse. Pour davantage élargir notre champ de réflexion et d'analyse sur des modèles liés aux stratégies de coping pour contrer l'angoisse chez les adultes alcoolodépendants, il est important de faire allusion au modèle dit mentalisation.

Au regard de tout ce qui précède, les différents modèles évoqués dans la compréhension des stratégies de coping pour gérer l'angoisse chez les adultes alcoolodépendants nous amènent après leur analyse à dire : ni les stratégies de coping centrées sur le problème, ni les stratégies de coping centrées sur l'émotion et ni les stratégies de coping centrées sur le soutien social constituent en elles des concepts unitaires. Ainsi, un même individu peut présenter des capacités de stratégies de coping sus-évoquées dans un contexte particulier alors que cette attitude réflexive et comportementale s'effondre complètement dans d'autres contextes plus chargés émotionnellement. Les stratégies de coping intègrent non seulement des aptitudes appropriées qui ne sont pas spécifiques, mais générales en fonction de chaque situation jugée menaçante, mais aussi elles intègrent des liens entre traumatismes interpersonnels et mentalisation qui les rendent complexes et bidirectionnels. D'un côté, l'expérience de relations familiales conflictuelles, désorganisées ou maltraitantes interférerait avec le développement de la mentalisation.

De cette première partie de notre analyse qui nous a permis de mettre en lumière à travers les premiers, deuxième et troisième chapitres respectivement la problématique, la revue de la littérature et l'ancrage théorique de notre travail, il ressort que le recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping face à l'angoisse est un fait chez les adultes camerounais. Si la consommation d'alcool est parfois perçue comme un coping à part entière, elle représente en soi un réel problème de santé publique pouvant être à la base d'autres traumatismes. La revue de la littérature faite dans la perspective de mieux cerner cet état a permis de mettre en exergue le fait que même si la problématique de la consommation d'alcool chez les personnes angoissées est un fait, il existe certes de nos jours d'études analysant le recours aux stratégies de coping centrées sur le problème, centrées sur l'émotion et celles centrées sur le soutien social chez les adultes camerounais en proie à l'angoisse.

Cette étude qui veut répondre à la question : Comment les stratégies de coping contribuent-elles à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool ? repose dans cette perspective sur les modèles théoriques freudiens et kleiniens portant sur l'angoisse tout en recourant au modèle cognitivo-comportemental de Beck (1976), à celui lié au modèle transactionnel stress-coping (TSC) de Folkman et Lazarus (1984) ainsi que sur celui de l'apprentissage social chez Bandura (1986). Nous prendrons donc ancrage sur ces modèles théoriques pour conduire notre recherche. Toutefois, en dehors de ces appuis théoriques pour la réalisation de cette étude, il nous faut également un cadre méthodologique et opératoire.

PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRAIRE

Après la formulation de nos hypothèses de recherche, il importe de les mettre à l'épreuve suivant une démarche scientifique appropriée. Cette partie intitulée « cadre méthodologique et opératoire » nous permettra de concevoir nos outils d'analyse, de les présenter dans l'optique de vérifier nos hypothèses de recherche. Cette partie est subdivisée en trois articulations respectivement la méthodologie (chapitre 4), la présentation et l'analyse des résultats (chapitre 5) et l'interprétation des résultats et la discussion (chapitre 6).

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

D'après Mucchielli (as cited in Fernandez et Catteeuw, 2001), la méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche. Allant plus loin encore, Vial (1998) postule que le discours méthodologique vise à « rendre communicable le “au nom de quoi” et le “vers quoi” le projet de recherche engagé demandait d'utiliser telle(s) ou telle(s) méthode(s) de recherche » Nous inscrivant dans ces perspectives qui se complètent, cette partie de notre travail sera consacrée à la présentation et à la justification du lieu d'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant de débiter cette présentation de la démarche méthodologique, il nous revient au préalable de rappeler en quelques points la problématique de cette étude.

4.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, nous allons rappeler les éléments clés de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'objet de l'étude, de l'hypothèse générale et de l'objectif général.

4.1.1. Rappel du problème de recherche

Selon les études menées par Lazarus et ses collègues sur le coping, il a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème ainsi que contribuer à solliciter de l'aide auprès des pairs pour faire face à l'anxiété (Lazarus & Folkman, 1984b ; Lazarus & Launier, 1978 et Bruchon-Schweitzer, 2002). Ces études n'ont pas mis l'accent sur d'autres stratégies de coping autres que celles liées au coping centré sur le problème, centré sur l'émotion et celui centré sur le soutien social. C'est le cas des études menées par Cohen, Leung, Fahey et al., (2008) sur les médecins généralistes anxieux et dépressifs qui montrent qu'ils recourent aux stratégies de coping centrées sur le problème, centrées sur l'émotion et celles centrées sur le soutien social pour gérer leur détresse psychique. Or dans notre contexte camerounais, les adultes alcoolodépendants en proie à l'anxiété mobilisent entre autres des stratégies de coping centrées sur le problème, centrées sur l'émotion et celles centrées sur le soutien social pour gérer au mieux leur situation d'anxiété. Ce qui laisse transparaître dans cette étude le problème lié à la gestion d'anxiété chez les adultes alcoolodépendants.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Le problème de cette étude ainsi énoncé suggère une question de recherche. La question à laquelle nous cherchons à répondre est formulée comme suit : comment les stratégies de coping contribuent-elles à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool ?

4.1.3. Rappel de l'hypothèse générale de recherche

En nous appuyant sur les travaux de Lazarus & Folkman (1984b) ; Lazarus & Launier (1978) et de Bruchon-Schweitzer (2002), nous avons formulé l'hypothèse générale de recherche suivante : les stratégies de coping contribuent à gérer au mieux l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool.

4.1.4. Rappel de l'objectif général de recherche

En partant de la question de recherche et des hypothèses, l'objectif général de notre étude est de comprendre comment les adultes alcoolodépendants mobilisent des stratégies de coping pour gérer au mieux leur angoisse.

4.2. SITE DE L'ÉTUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le site précis où se fait la collecte des données. La présente étude s'est déroulée à l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY), plus précisément à l'unité psychiatrique.

4.2.1. Justificatif du choix de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY)

L'Hôpital Jamot de Yaoundé a été choisi comme site de notre étude pour deux raisons principales :

- Le type de notre recherche : menant une recherche qualitative en Psychologie clinique et psychopathologie, et travaillant sur des problématiques d'ordre mental, nos options de sites d'études étaient très réduites. En effet, le Cameroun compte 03 services qui pouvaient nous accueillir pour notre recherche, le service de psychiatrie de l'Hôpital Laquintinie de Douala et les deux services de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (psychiatrie A et B). La modicité de nos moyens et le fait que nous résidons à Yaoundé nous ont contraints à faire d'un des deux services, notamment la psychiatrie B de l'HJY notre terrain d'étude.

- L'un des services abritant les patients alcoolo-dépendants: L'HJY à travers son service de Psychiatrie B est le Centre camerounais spécialisé dans la prise en charge des toxicomanies et donc des personnes alcoolo-dépendantes qui sont au centre de cette analyse. En effet, il dispense des consultations spécialisées, des hospitalisations et un accompagnement dans la prise en charge des toxicomanes ; il s'active pour la subdivision en unités de consultations externes, pédopsychiatrie, toxicologie, et d'hospitalisations.

4.2.2. Présentation de l'Hôpital Jamot de Yaoundé

Situé dans la partie Nord de la ville de Yaoundé, l'Hôpital Jamot est encadré entre l'immeuble de la Cameroon Radio and Television (CRTV), la Société Nationale des Hydrocarbures (SNH) et l'entreprise Dragages. S'étendant sur une superficie de 5,21 hectares, l'institution est construite dans un style pavillonnaire. Il a la particularité d'être une institution spécialisée à la prise en charge des maladies respiratoires et mentales avec depuis quelques années, un développement rapide du Centre de Traitement Agréé (CTA) chargé du suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'Hôpital Jamot de Yaoundé dispose de 02 grands départements cliniques, 01 service d'accueil des urgences et des consultations externes, 02 services d'aide diagnostic, 01 service et 03 unités d'appui techniques. Les services administratifs quant à eux se résument à la direction, l'unité administrative et financière, le conseil médical et la surveillance générale. Tout ceci sous la houlette d'un directeur général. Au moment de notre passage la structure était dirigée par le Dr MENDIMI NKODO Joseph Marie et ce depuis juillet 2016. Toutefois, depuis le 22 Mai 2023, la structure est pilotée par le Dr Félicien NTONE ENYIME.

En ce qui concerne les ressources humaines, l'Hôpital Jamot de Yaoundé compte au total 283 personnels répartis en 04 groupes : 208 fonctionnaires et contractuels, 70 personnels sous contrat avec le COGE, 04 personnels des affaires sociales, 01 cadre du MINFI.

S'agissant du personnel fonctionnaire, il est constitué de :

Comme Personnel médical, on dénombre 30 médecins titulaires dont : 07 Pneumologues ; 03 Psychiatres ; 03 Radiologues ; 02 chirurgiens-dentistes ; 01 médecin en santé publique ; 01 Médecin anatomo-pathologiste ; 02 Médecin biologiste ; 02 Pharmaciennes ; 09 Médecins généralistes. Anime tous ces services.

4.2.3. Présentation du service de psychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY)

L'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY) est reconnu au Cameroun pour son service de Psychiatrie (psychiatries A et B) avec des offres de consultations spécialisées, hospitalisations et accompagnements dans la prise en charge des toxicomanes. Dans cette articulation de notre analyse, nous nous appesantirons sur le service de Psychiatrie B, qui nous a servis de terrain de recherche.

Le fonctionnement du service de Psychiatrie B de l'HJY est assuré par 8 infirmiers spécialisés en santé mentale ; 3 médecins dont 2 spécialistes et un médecin généraliste ; 1 personnel des affaires sociales ; 2 vigiles ; 1 technicien de surface. Sur le plan administratif, il y existe, un chef de service et un major. Sur le plan organisationnel, ce service offre des consultations de Lundi à Vendredi par les médecins, les entretiens psychologiques se font tous les Mardi, Mercredi et Jeudi par le psychologue du service, les infirmiers sont chargés d'effectuer du roulement, de l'accueil et de l'hospitalisation des malades. Les salles d'hospitalisations vont de 5 à 10. Celles 5 et 6 sont réservées aux femmes et de 7 à 10 aux hommes ; et les cases d'hospitalisation de 1 à 3 au niveau du village psychiatrique. Le concept de village psychiatrique ici a une visée socio thérapeutique en vue de soigner les malades dans un milieu proche du milieu familial habituel.

En interne, le service de psychiatrie B de l'HJY offre des consultations, hospitalisations, administration des soins, effectue des entretiens psychologiques, psycho-éducatifs... En externe, elle effectue des sensibilisations, suivies de certains patients à domicile ainsi que des EPU (Enseignement Post Universitaire). Le système de traitement est prioritairement chimiothérapique. Ajouter à cela, on fait souvent recours à la psychothérapie (familiale), la psychoéducation (beaucoup plus individuelle), la sociothérapie, l'ergothérapie (en voie d'intégration). Notre immersion au sein de cette structure hospitalière nous a donc servis de cadre dans le choix de nos participants à travers des procédures et critères rigoureux pour la réalisation de ce travail de recherche.

4.3. PROCÉDURES ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS

Notre analyse porte sur les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse. Nos participants sont donc des adultes camerounais en proie à l'angoisse et alcoolo-dépendants. Toutefois, pour faire partie de notre étude, ils doivent être soumis à

certaines conditions. Il s'agit des critères de sélection. Tout ceci se fera selon une procédure rigoureuse.

4.3.1. Critères de sélection

Pour être sélectionnés, nos participants doivent être soumis aux critères d'inclusion et aux critères d'exclusion.

4.3.1.1. Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude, il faut :

- Être un(e) adulte (de préférence âgé(e) entre 25 et 65 ans), résidant dans la ville de Yaoundé et ayant consulté au « Service de Psychiatrie B de l'HJY » avec pour motif de consultation des crises d'angoisse ;
- Avoir déjà recouru à la consommation d'alcool comme moyen pour faire face à l'angoisse;
- Être identifié(e) comme ayant un trouble anxieux et dépressif après avoir rempli l'échelle d'anxiété de Hamilton avec un au moins de 56;
- Être identifié(e) comme développant une alcoolo-dépendance vis-à-vis de la consommation d'alcool après avoir été soumis(e) au test d'AUDIT avec un score inférieur à 7 ou supérieur à 12;
- Être identifié(e) comme recourant aux stratégies de coping après avoir rempli l'échelle du CISS avec un score compris entre 54 et 65;
- Accepter et se montrer disposé(e) à nos entretiens;
- Accepter les enregistrements audios.

4.3.1.2. Critères d'exclusion

Les individus présentant les spécificités suivantes sont exclus des participants à l'étude :

- Être identifié comme ayant un mode de consommation à risque ou problématique (abus ou usage nocif d'alcool) après évaluation au test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) avec un score compris entre 6 et 12 (chez la femme) , entre 7 et 12 (chez l'homme). En effet, le thème de l'étude portant sur le recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping, celui qui y participe ne doit pas appartenir à cette catégorie de consommateur(trice) nocif(ve);
- Avoir abandonné la suite des entretiens ;

- Avoir refusé les enregistrements audios.

4.3.2. Échelles et test de sélection des participants

Certains critères d'inclusion à notre population d'étude nous ont amenés à utiliser des instruments de collecte des données, notamment l'échelle d'anxiété d'Hamilton, le test d'AUDIT et l'échelle du CISS (Coping Inventoring if Stresfull Situation) pour appréhender les stratégies de coping utilisées par une personne en souffrance.

4.3.2.1. Échelle d'anxiété d'Hamilton (1959)

L'échelle d'anxiété de Hamilton (1959) est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes ; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles). L'échelle a vu le jour en 1960 dans un article intitulé « A rating scale for depression » (Hamilton, 1960), de Max Hamilton, un psychiatre anglais versé dans les techniques statistiques (Roth, 1990). Dans sa forme originelle, l'échelle comprend 14 variables participant à la cotation. Elle se déroule en 30 minutes minimum d'entretien et quelques minutes pour remplir le questionnaire. Elles sont mesurées sur une échelle à 5 niveaux (0 à 4 : absent, léger, modéré -2 et -3, sévère) si une quantification est possible (8 d'entre elles) ou à 3 niveaux (0 à 2 : absent, léger ou douteux, clairement présent) sinon (les 9 autres). Le score global de l'échelle est donné par la sommation des scores de chacune des questions, soit donc un score entre 0 et 50 (mais dans différentes versions ultérieures (Kriston et von Wolff, 2011) le score maximum peut être de 52, 54, 55...).

Cette évaluation permet de coter une anxiété et d'en assurer le suivi

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- de 10 à 13 : les symptômes dépressifs sont légers
- de 14 à 17 : les symptômes dépressifs sont légers à modérés
- de 24 à 56, mais fixé à un score d'au moins 56: les symptômes dépressifs sont sévères.

4.3.2.2. Test d'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) de Babor & al., (2001)

Ce questionnaire a été développé sous l'égide de l'OMS en collaboration avec des centres de médecine de premier recours. Ce questionnaire donne une évaluation de la fréquence de consommation d'alcool dans le cadre de l'évaluation d'une alcoolo-dépendance.

L'AUDIT de Babor, & al., (2001) comporte 10 items avec un temps de passation de 15 minutes. Ces 10 items permettent de distinguer les signes d'alcoolo-dépendance, les réactions

négatives à l'alcool, les problèmes dus à l'alcool. Les huit premiers items traitent de la relation qu'a le patient avec l'alcool dans l'année écoulée. Les deux dernières, en revanche, n'ont pas de temporalité. Les items 1, 2 et 3 mesurent la consommation d'alcool. Les items « 4 à 6 » mesurent les comportements liés à la consommation, les items « 7 à 8 » analysent les effets néfastes et les items « 9 à 10 » traitent les problèmes liés à la consommation d'alcool. Le sujet doit répondre à ces items en donnant pour chaque symptôme ou signe éprouvé pendant les 12 derniers mois une valeur selon une échelle de type Likert. Pour les huit premières réponses, on compte 0 point pour la première réponse, 1 pour la deuxième, 2 pour la troisième, 3 pour la quatrième, 4 pour la dernière. Pour les deux dernières lignes, il faut respectivement attribuer 0, 2 et 4 points par réponse. Ce qui donne un score maximum de 40 points pour l'AUDIT Saunders & al., (1993). La valeur de la fréquence des signes ou symptômes de 0 à 4 :

- 0 = jamais (pour les items 1, 3, 4, 5, 6, 7 et 8), 1 ou 2 (pour l'item 2), non (pour les items 9 et 10) ;
- 1 = une fois par mois ou moins (pour l'item 1), 3 ou 4 (pour l'item 2), plus d'une fois par mois (pour les items 3, 4, 5, 6, 7 et 8) ;
- 2 = deux à quatre fois par mois (pour l'item 1), 5 ou 6 (pour l'item 2), une fois par mois (pour les items 3, 4, 5, 6, 7 et 8), oui mais pas dans les douze derniers mois (pour les items 9 et 10) ;
- 3 = deux à trois fois par semaine (pour l'item 1), 7 ou 9 (pour l'item 2), une fois par semaine (pour les items 3, 4, 5, 6, 7 et 8) ;
- 4 = quatre fois ou plus par semaine (pour l'item 1), 10 ou plus (pour l'item 2), chaque jour ou presque (pour les items 3, 4, 5, 6, 7 et 8), oui au cours des douze derniers mois (pour les items 9 et 10).

Le total maximum des points étant de 40. Ce questionnaire permet de façon intéressante de faire la distinction entre les consommateurs à risque (consommateur anodin et consommateur abusif) et les alcoolodépendants.

4.3.2.3. Échelle de Coping Inventoring if Stresfull Situation (CISS) de Endler Parker (1990)

Le CISS est une échelle constituée de 48 items permettant de mesurer les aspects multidimensionnels du coping (conceptualisé comme une réponse à des événements extérieurs stressants ou négatifs). Le CISS a été adapté et validé en français (Rolland, 1998).

Il a été mis au point dans le cadre théorique du modèle interactionniste de l'anxiété, du stress et du coping (Endler, 1990 ; Endler & Parker, 1990). Il vise à évaluer de façon fidèle et valide les stratégies d'ajustement habituellement utilisées par un sujet lors d'une situation stressante. Le CISS ajoute aux deux stratégies de base que sont le coping centré sur l'émotion (constitué de 16 items) et le coping centré sur le problème (constitué de 16 items et pour lesquels il y a un consensus dans les recherches), une troisième dimension nommée évitement (constitué de 16 items également). Les modalités de réponse et cotation du CISS sont une échelle d'intensité de type Likert en 5 points (de 1 « pas du tout » à 5 « beaucoup »). Les scores sont obtenus en additionnant les réponses aux items des échelles. Ces scores sont interprétés au regard de l'étalonnage. Il a un temps de passation de 10 minutes. Dans le cadre de notre étude, la troisième dimension est assimilée au soutien social. Le CISS est administré en individuel dans le strict respect des protocoles. Après étalonnage et analyse des données, cette échelle est interprétée de la manière suivante :

- Les scores < 40, sont des scores standards situés en dessous de la moyenne ;
- Les scores \leq 60 sont des scores standards situés dans la zone moyenne ;
- Les scores > 60 sont des scores standards situés au-dessus de la moyenne.

Ces scores standards sont liés à chaque dimension du CISS.

4.3.3. Procédure de sélection des participants

Pour sélectionner nos participants, nous avons suivi un protocole strict et précis. Étant donné que nos participants suivant le tableau clinique qui ressortait, c'est-à-dire à partir des symptômes et signes (le manque de concentration, la fatigue, des troubles du sommeil, des maux de tête, des étourdissements, des vertiges ou impression d'évanouissement imminent, des nausées, de la diarrhée ou inconfort abdominal, des palpitations cardiaques ou accélération du rythme cardiaque, des sensations d'étouffement ou d'étranglement, des picotements ou fourmillements; des sensations de dérobement des jambes "le sujet a l'impression que ses jambes vont "lâcher" et qu'il va tomber"), ... qu'ils présentaient, nous les avons dans un premier temps soumis à l'échelle d'anxiété d'Hamilton, donc 12 personnes reçues en consultation au service de « Psychiatrie B » de l'HJY venues consulter pour des crises d'angoisse. À l'issue de la passation de cette échelle, nous avons identifié 6 personnes souffrant d'anxiété sévère avec un score situé au-delà de 24 et n'excédant pas 56. Ce qui nous a permis de les considérer comme participants souffrant d'angoisse.

Le recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping à travers la passation du test CISS pour faire face à l'angoisse est largement documenté dans la littérature. En vue d'identifier parmi les 6 participants souffrant d'anxiété sévère ceux alcoolo-dépendants, nous les avons soumis au test d'AUDIT. Après passation de ce test, 5 participants avaient un score inférieur à 7 et supérieur à 12, ce qui approuvait leur dépendance à la consommation d'alcool. Enfin, pour l'échelle du CISS, après sa passation aux 5 participants déjà retenus à l'issue de l'échelle d'anxiété d'Hamilton et du test d'AUDIT, nous avons eu 4 participants ayant obtenu des scores compris entre 54 et 65 qui répondaient favorablement au recours à l'usage des styles de coping.

A l'issue de ce passage, les participants faisant face aux situations d'anxiété sévère, d'alcoolo-dépendance et à l'usage des styles de coping se sont donc révélés au nombre de 4. Le nouveau code que nous leur avons attribué à cette étape nous a permis de programmer un entretien préliminaire avec ces derniers. L'entretien préliminaire mené avec les sujets faisant face aux situations d'anxiété significative, à une dépendance à la consommation d'alcool et recourant aux styles de coping venus consulter au service de « Psychiatrie B » de l'HJY avait pour but de bien identifier les raisons du recours à la consommation d'alcool. Lorsque la consommation d'alcool était considérée comme un moyen pour faire face à l'angoisse, alors l'individu était retenu comme participant de notre étude. Ainsi, nous lui attribuons le code final. A ce stade nous avons 03 participants.

Cependant, soumis à l'épreuve des critères d'exclusion, nous avons éliminé 01 sujet. Celui-ci ayant abandonné les entretiens pour des raisons d'indisponibilité. A la fin de ce processus, nous avons obtenu 02 participants dont les caractéristiques sont regroupées dans le tableau récapitulatif.

4.3.4. Caractéristiques des participants

Tableau 1: Caractéristiques des participants, (source : notre étude)

Participants	M. X	Mme Y
Âge	45	38
Genre	Masculin	Féminin
Niveau de scolarité	Bacc + 3	Tle A ₄ Allemand
Statut matrimonial	Marié et père de 3 enfants	Mariée et mère de 4 enfants
Rang dans la fratrie	1 ^{er} sur 5	6 ^e sur 6
Région d'origine	Nord	Nord-ouest
Ethnie	Fulfuldé	Bamiléké
Religion	Protestant	Catholique charismatique
Motif de consultation	Fébrilité et irritation	Trouble du sommeil

4.4. TYPE DE RECHERCHE : RECHERCHE QUALITATIVE

Pour faire une recherche on est appelé à évaluer certains faits. Ainsi les mesures peuvent être numériques avec usage des calculs aboutissant à des données chiffrées. On parlera alors de la recherche de type quantitative. Par contre certaines recherches cherchent à décrire voire à expliquer un fait on parlera de la recherche de type qualitative (Angers, 1992). Ceci nous amène à conclure donc qu'il existe deux grands types de recherche en sciences et notamment dans les sciences sociales : la recherche quantitative et la recherche qualitative. Chacune d'elles obéit à une logique scientifique qui nécessite des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche. La présente étude opte pour la recherche de type qualitatif, et de nature exploratoire car étant la voie idéale pour accéder à l'expérience singulière et subjective de notre population d'étude, et surtout du fait que notre étude soit une recherche essentiellement exploratoire.

4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE

La méthode clinique est celle valorisée pour la recherche en psychologie clinique. Il s'agit de l'étude de cas individuel total. Pour Lagache (1946), la méthode clinique est une méthode qui vise à envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec la situation. Car selon lui, l'être humain en tant qu'il existe et se sent existé comme un être unique ayant son

histoire personnelle, vivant dans une situation qui ne peut être totalement assimilée à aucune autre.

Elle cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits (Lagache, 1946). La méthode clinique vise dans ce sens, la compréhension des individus ou des groupes d'individus en tant que sujets uniques aux prises avec des situations concrètes. C'est une étude du cas singulier total. Le même cas peut être « unique », « unique » ou « exemplaire » selon la manière dont le narrateur pondère les éléments généraux et les particularités individuelles (Fernandez et Pedinelli, 2006). La modalité fondamentale utilisée par la méthode clinique est l'étude de cas.

4.5.1. Étude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérent à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupes ou d'une organisation (Woodside & Wilson, 2003). La combinaison de ces quatre finalités est aussi possible. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989); l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements ; enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003).

L'étude de cas comme méthode de recherche comporte aussi des faiblesses dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. D'abord, elle est onéreuse en temps, aussi bien pour le chercheur que pour les participants. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème, une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir.

Une autre raison du choix de l'étude de cas dans cette recherche est qu'elle nous permet de rendre compte des jeux de facteurs en présence, notamment l'angoisse et la consommation d'alcool comme stratégie de coping. Aussi, elle est mieux indiquée pour appréhender la complexité d'un phénomène telle que la consommation d'alcool pour la gestion de l'angoisse, ainsi que sa richesse.

4.5.2. Usage de la méthode clinique dans le cadre de notre étude

Dans cette recherche, nous faisons usage de la méthode clinique dans ses deux niveaux complémentaires à savoir la clinique armée (échelles liées à la sélection des participants) et la clinique à mains nues (entretiens). Au premier niveau, nous faisons recours aux échelles. Il s'agit notamment de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, le test d'AUDIT et l'échelle du CISS. En ce qui concerne le second niveau qui se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, nous utilisons l'entretien que nous décrivons avec plus de détails dans une des sections suivantes caractérisant la clinique. Cependant, bien que ce type d'étude comporte des limites que nous ne sommes pas censés ignorer, elle reste la plus indiquée pour cette recherche. Le recueil des informations in vivo s'est fait essentiellement par des entretiens.

4.6. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES : L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

L'entretien en tant que technique de recherche a été défini par Blanchet (1987) (cité par Fernandez et Catteuw, 2001, p.74) comme « un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche ». Il est mis en œuvre dans différents contextes et répond à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique, recherche.

Nous avons choisi cette technique parce qu'elle fournit des données d'une grande richesse et fait surgir la complexité du phénomène étudié. Ce choix se justifie également par la nature des informations que nous recherchons. Dans ce cas, « il s'agit des informations élaborées et mises en sens par le sujet (représentations, modes de communication, histoire, mode de fonctionnement et d'organisation psychique) » (Fernandez & Catteuw, 2001, p. 76). Ce sont donc des informations verbales et non numériques. Evidement dans cette recherche, nous voulons saisir le sens (représentations, significations) que l'adulte victime d'angoisse qui recourt à l'alcool comme stratégie de coping attribue à ses stratégies de coping. Aussi, les stratégies de coping sont des variables décrites et explicatives. D'après Fernandez et Catteuw (2001), on distingue deux types d'entretien clinique de recherche : l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Ce dernier est celui que nous avons choisi pour cette recherche.

D'après Fortin (2006) :

« Le chercheur fait appel à l'entrevue semi-dirigée dans les cas où il désire obtenir plus d'informations particulières sur un sujet. L'entrevue sémi-dirigée est principalement utilisée dans

les études qualitatives, quand le chercheur veut comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants » (p. 305).

Par ailleurs, nous avons opté pour l'entretien semi-directif car il favorise la libre expression de la pensée du participant et permet un examen approfondi de sa réponse. Également parce que, par l'entretien semi-directif, le chercheur dispose de plus de latitude, ce qui lui permet de s'adapter au contexte (environnement, personnalité du sujet, etc.) (Claude, 2021). Cette souplesse est précieuse dans la mesure où l'entrevue peut ébranler émotionnellement le sujet lorsqu'il élabore son récit.

Dans ce type d'entretien, le chercheur arrête une liste des sujets à aborder, formule des questions concernant ces derniers et les présente au répondant dans l'ordre qu'il juge à propos (Fortin, 2006). Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique (Fernandez et Catteuw, 2001).

4.7. INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le processus lié à la collecte des données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien est défini comme un « ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 61). Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire (Fernandez & Catteuw, 2001). Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est vue imposée en premier lieu. Comme voulu par Fortin (2006), les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, pour ensuite formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'entrevue. Le choix des thèmes a été essentiellement guidé par la recension des écrits effectués. Au début du guide, on retrouve les éléments tels que le préambule, le motif de consultation du participant au « Service de Psychiatrie B de l'HJY » et l'histoire du participant.

Finalement, notre guide d'entretien (annexe 7) a donc été structuré de la manière suivante:

- Préambule ;

- identification du participant ;
- histoire du participant ;
- thème 1: contexte d'émergence de l'angoisse et recours à la consommation d'alcool;
- thème 2 : stratégies de coping centrées sur le problème ;
- thème 3: stratégies de coping centrées sur l'émotion ;
- thème 4 : stratégies de coping centrées sur le soutien social.

C'est sur la base de ce guide que nos entretiens se sont déroulés. Mais bien avant les entretiens, nous avons fait la passation de l'échelle d'Anxiété d'Hamilton, le test AUDIT ainsi que l'échelle du CISS aux potentiels participants. C'est en s'appuyant sur ce guide d'entretien que nos entretiens se sont déroulés.

4.8. PASSATION DES ÉCHELLES ET DU TEST

Comme nous l'avons signalé dans les pages précédentes, l'échelle d'anxiété d'Hamilton (Annexe 4), le test d'AUDIT (Annexe 5) et l'échelle du CISS (Annexe 6) furent déterminants dans la sélection des participants à cette étude. La passation s'est faite individuellement dans une des salles d'écoute du service de « Psychiatrie B » de l'HJY. En effet, les personnes venues en consultation avec des problèmes d'angoisse et identifiées comme pouvant être de potentiels participants à notre étude étaient invitées à participer au protocole. Les échelles et le test étaient sous forme de document (format A4) et il a été préalablement imprimé en plusieurs exemplaires. Une fois qu'un patient avait accepté de participer à l'étude en signant la fiche de consentement éclairé, nous lui donnions un rendez-vous à l'effet de la passation des échelles et du test.

Lors des passations des échelles, nous prenions la peine de lire rubrique après rubrique les différents items, tout en insistant qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pour l'échelle d'anxiété d'Hamilton, parmi les quatorze propositions, les participants étaient invités à déterminer celles qui correspondent le mieux à leurs états. Pour le test d'AUDIT, le participant était appelé à cocher la réponse qui correspondait à sa relation avec l'alcool, les signes physiques, les symptômes et les anomalies biologiques liés à la consommation de celui-ci et qu'il a ressenti au cours de l'année écoulée. En ce qui concerne l'échelle du CISS, il était question pour d'identifier les différentes stratégies de coping (centrées respectivement sur le problème, sur l'émotion, sur le soutien social d'information) utilisées par nos participants pour faire face à leur angoisse. A la fin de l'exercice avec chaque potentiel participant, nous totalisions le nombre de

points pour obtenir un score final. Ce qui nous a permis de prendre la décision d'inclusion ou de non inclusion.

À l'issue de la passation des des échelles et du test, nous avons consigné les différents scores des participants dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Tableau statistiques des scores après passation des échelles

Échelles et tests		Échelle d'anxiété d'Hamilton	Test d'AUDIT	Échelle du CISS
Nombre d'items		14	10	48
Temps de passation		30 min au moins	15 min au moins	10 min au moins
Intervalle des scores valides		Au moins 56]7 ; 12[[54 ; 65]
Scores des participants	M. X	54	14	60
	Mme Y	56	17	55
Conclusion		Anxiété sévère	Alcool-dépendance	Usage des stratégies de coping
Décision		Admis(e) à l'étude, donc pour la passation des entretiens		

4.9. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens (Annexes 8 & 9) ont eu lieu avec les participants retenus après leur soumission aux critères de sélection. Ils étaient tous volontaires à participer à l'étude. Les participants ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire (Giordano, 2003 ; Mayer & Ouellet, 2000). Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans un endroit qui leur est familier (une des salles d'écoute du service de « Psychiatrie B » de l'HJY selon la disponibilité) pour qu'ils se sentent en sécurité. Mais les entretiens se sont déroulés dans une nouvelle salle d'écoute afin que les participants n'assimilent pas le chercheur au thérapeute. Nous nous sommes basés sur les recommandations de Gighlione et Blanchet (1991) pour conduire nos entretiens. Pour ces auteurs, la conduite de l'entretien débute à l'aide de consignes qui sont des actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. L'entretien se poursuit avec des relances qui sont des actes subordonnés qui se réfèrent à l'énoncé précédent de l'interviewé.

Les entretiens furent d'une durée moyenne de quarante-cinq minutes chacun selon la disponibilité du participant. Nous avons rencontré les sujets trois fois, cherchant à atteindre le

principe de saturation. En effet, les rencontres répondent au principe de saturation lorsque la poursuite de la collecte de données n'apprend plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées, ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (Mayer & al., 2000). De plus, le fait de rencontrer le sujet à plusieurs reprises permet d'approfondir la relation de confiance. De cette manière, le sujet qui se raconte a la possibilité de réfléchir et de se préparer pour le prochain entretien. Quant au chercheur, cela lui donne la possibilité de revenir sur certains points restés obscurs (Giordano, 2003).

La première rencontre fut consacrée à la passation des échelles, notamment celles d'anxiété d'Hamilton, d'AUDIT et de CISS, à l'explication du but de la recherche en cours et des objectifs qu'elles tendent à atteindre. Lors de cette période, le participant a lu et signé le formulaire de consentement éclairé leur expliquant le but et les objectifs de la recherche (Annexe 3). Lors de cette présente rencontre, il y a eu une période d'échange où nous avons répondu aux interrogations des participants permettant ainsi de clarifier l'étude, de sécuriser le participant et favoriser la création d'un climat de confiance. La confidentialité et l'anonymat leur ont été rassurés.

La deuxième rencontre fut consacrée aux entretiens proprement dits. Conformément au contexte de la recherche où c'est le chercheur qui fait la demande, nous introduisons par une consigne, assis face à face :

« Bonjour. Je me prénomme Jean Merlo. Je suis étudiant en Psychologie à l'Université de Yaoundé I. Je mène une étude sur les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse. J'aimerais que nous parlions de la gestion de tes angoisses et du recours à la consommation d'alcool fait dans cette perspective. Je t'invite à me permettre d'enregistrer ton discours et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé ».

Cette deuxième rencontre a été le début véritable de nos entretiens avec les participants. Ils ont fait une présentation d'eux-mêmes. Il s'agissait en fait de donner leurs caractéristiques sociodémographiques. Aussi, ils ont parlé de leur angoisse et du recours à la consommation d'alcool pour y faire face. Les entrevues furent enregistrées par le magnétophone de notre téléphone avec le consentement des participants. La retranscription se faisait directement après

l'entretien, car d'après les ordres de la hiérarchie de l'encadrement, ledit entretien devait être effacé le même jour. Et la suppression devait être vérifiée par un cadre. Pendant la troisième rencontre, nous avons abordé le vécu de l'angoisse, les stratégies adoptées par le participant pour faire face à sa situation traumatique. Au cours de notre deuxième entretien proprement dit, nous sommes revenus avec les participants sur certains éléments liés au premier entretien sur le recours à la consommation d'alcool pour affronter des situations angoissantes qui n'étaient pas très claires afin d'apporter plus de précision. Nous avons par la suite abordé les thèmes liés à l'usage des stratégies de coping pour gérer leurs états d'angoisse. Il importe de mentionner que nos deux participants semblaient prendre un réel plaisir à parler de leur vécu face à notre modeste personne malgré la difficulté éprouvée de temps en temps. Mais, lorsque nous les mettions en confiance, ils parvenaient à surmonter cette difficulté et à verbaliser.

Notons que pour toutes les rencontres qui se sont tenues, nous disposions d'une salle d'écoute calme, discrète et agréable. Par ailleurs, au cours des entretiens, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistrement audio. Ce dispositif de collecte de données est mis en place au moment même de chaque entretien. Evidemment, les participants ont été mis au courant de leur utilisation au moment même de la consigne. Ces enregistrements audio ont été faits à l'aide d'un téléphone portable. Ceci nous a permis d'éviter des oublis souvent connus lorsque le chercheur procède à la prise des notes lors des entretiens. Certaines données factuelles pertinentes ont été prises en note au cours des entretiens.

4.10. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE DE CONTENU

Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative » (L'Écuyer, 1990, p.31). Aussi, comme le font remarquer Gighlione et Blanchet (1991, p.57), « le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. Nous avons choisi de procéder par l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu.

4.10.1. Analyse de contenu

Considérant le caractère qualitatif de la technique utilisée (entretiens semi-structurés), l'analyse de contenu a été identifiée comme étant la plus appropriée. L'analyse de contenu consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées à priori ou établies au cours de la lecture. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite (Bardin, 2013). C'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours (Berelson cité dans Desprairies, G 2001).

L'analyse de contenu est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Elle nous aidera à saisir le sens exact du message des participants à travers leurs discours, dans toute sa subjectivité et son intersubjectivité. Les opérations de relecture et d'écriture, lors de l'analyse du discours, favoriseront l'émergence de sens selon le vécu du participant, dans son contexte. C'est pour cette raison que le chercheur tentera de relier tous les éléments entre eux (Poupar, 1997).

Afin de préciser cette notion cruciale d'interprétation, il s'agit, de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. Pour mener à bien l'analyse de contenu, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique tels que définis par Poirier & al., (1996), qui l'utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Dans cette étude, l'analyse du contenu des entretiens se fera selon deux approches utilisées de manière complémentaire. D'une part nous ferons recours à l'analyse thématique et d'autre part à l'analyse séquentielle.

4.10.2. Analyse thématique

Par analyse thématique, on entend ici une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1984). Elle permet l'analyse qualitative de données par « la sélection et l'organisation rationnelle des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Kraukauer, 1958, cité par Poirier & al., p.243). Pour Pedinielli (1994) l'analyse thématique est avant tout descriptive, elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente selon les questions et les

objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases.

Dans cette recherche, cette analyse se fera de manière transversale. Nous allons recenser les points de convergence et divergence entre les récits recueillis. Ainsi comme le veut Fortin (2010), nous procéderons à la codification du contenu de chaque entretien selon les questions abordées. L'ensemble du contenu sera regroupé selon des thèmes préétablis. Pour procéder à cette analyse, nous avons construit des grilles d'analyses. Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire.

Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à posteriori.

4.10.3. Analyse séquentielle

L'analyse séquentielle sera aussi utilisée dans cette recherche de manière complémentaire à l'analyse thématique. Cette technique d'analyse traite de la suite des événements vécus par le sujet et de leurs répercussions selon sa propre lecture (Brunelle et al., 2002a). Plusieurs chercheurs (Brunelle et al., 2002a) ont utilisé cette technique dans leur recherche pour analyser les données qu'ils ont recueillies auprès de leurs participants en faisant usage du récit de vie. Bien que notre mode d'entretien ne relève pas du récit de vie, nous explorons cependant le vécu. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche.

Notons que les entretiens que nous allons analyser se sont déroulés dans un respect strict des droits des participants à l'étude n'étaient pas sans limites.

4.11. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les limites de cette étude sont en majorité liées au type de recherche et à la méthode qu'on a utilisée. L'une des limites le plus souvent relevées en matière de recherche qualitative réside dans l'impossibilité de généraliser les résultats de l'étude effectuée. Cela pose le problème de la représentativité. Quand l'échantillon n'est pas probabiliste, il y a difficulté voire impossibilité de généraliser les résultats obtenus. La présente recherche est concernée par cette impossibilité. Mais dans un travail où on analyse le recours à la consommation d'alcool par les adultes pour faire face à leur angoisse, ne vaut-il pas mieux chercher à gagner en profondeur ce qui est perdu en extension, pour mettre en évidence la complexité des phénomènes ? De plus, il

nous apparaît important de souligner que, comme notre étude ne comprend pas un grand nombre de sujets (soit deux participants), il sera difficile d'étendre les résultats à l'ensemble de la population de l'étude.

Une autre limite que l'on oppose souvent à une étude de ce genre a trait à la scientificité du discours issu de l'entretien dans la mesure où, en posant la singularité comme une donnée pertinente, l'entretien et plus encore l'entretien semi-directif favorise le renoncement à l'objectivité pour faire place à l'expérience subjective des phénomènes pour une compréhension approfondie.

Comme troisième limite, nous portons une attention particulière à deux menaces mentionnées par Gauthier (1992) soit « le désir de plaire » et le « biais de l'analyste ». En ce qui concerne la première condition, les participants nous ont livré leur expérience librement et avec émotions. Nous ne relevons aucun cas où il y a eu apparence que le sujet a répondu selon ce que l'interviewer désirait entendre. Il n'y avait pas de mauvaise réponse.

Une quatrième limite est liée à la nature orale de la narration (Giordano, 2003). Elle est le fait de la mémoire dont on connaît la sélectivité. L'usage d'un guide d'entretien le plus exhaustif possible, est l'un des moyens prisés par l'étudiant chercheur pour pallier ce risque. Mais notre guide d'entretien, lui n'a que quatre thèmes.

4.12. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur des êtres humains, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leurs droits et leur dignité. Il est donc indispensable pour l'étudiant chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles déontologiques. Pour la réalisation de cette recherche, nous nous sommes évertués à prendre un ensemble de précautions éthiques, à savoir :

L'Hôpital Jamot de Yaoundé par l'entremise de son Service de « Psychiatrie B » nous a servi de facilitateur pour entrer en contact avec les différents adultes souffrant d'anxiété significative.

Les participants interviewés ont été informés des avantages et des risques liés à leur participation à cette étude afin de faciliter l'expression d'un consentement libre et éclairé (Annexe 3). Pour ce qui est des avantages de cette recherche, il a été expliqué que cette étude permettrait l'approfondissement des connaissances scientifiques à propos du recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping chez les adultes faisant face à une situation

d'angoisse. Ils ont donc été informés sur la possibilité de pouvoir bénéficier des connaissances en ce domaine afin d'améliorer l'intervention thérapeutique. De plus, il est à noter que les participants n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à cette recherche.

Sur le plan des risques, il était possible que les thèmes abordés au cours de l'entretien fassent ressortir des émotions négatives comme la tristesse, de la culpabilité ou de la colère chez les participants. Si une telle situation s'était produite, les compétences en relation d'aide que nous avons acquises au cours de notre formation en psychologie clinique nous auraient permis d'aider les participants à gérer ces émotions. S'il s'était avéré trop difficile pour les participants de poursuivre l'entretien pour quelle que raison que ce soit, elle aurait été écourtée ou aurait pris fin sur le champ. En effet, il peut arriver qu'un entretien face ressurgir des émotions importantes chez les participants de par la nature des sujets abordés. Donc, le chercheur doit se préparer afin de pouvoir être soutenant et empathique si cette situation survient.

Afin de s'assurer de l'anonymat des participants, nous avons choisi des pseudonymes (X. M & Mme Y) pour désigner les participants tout au long de la réalisation du projet de recherche (transcription de l'entretien, analyse et interprétation des données, etc.). De plus, tous les indices pouvant conduire à la reconnaissance des lieux où vivent, d'où proviennent et qui sont les participants, leurs proches ou parents ont été systématiquement exclus lors de la transcription des entretiens. Par la suite, afin de préserver la confidentialité de l'information qui a été utilisée au cours de l'étude, différentes mesures ont été prises. Un formulaire de consentement (annexe 3) a été remis à chaque participant. Ce formulaire contenait des informations sur l'identité du chercheur, l'objectif, l'intérêt de l'étude et bien d'autres. Nous avons convenu avec les participants qu'ils pouvaient, en toutes circonstances, se retirer du processus de recherche. Notamment, le fait de se prévaloir de ce droit de retrait a été inconditionnel et sans risque pour le participant.

Nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basés sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, des échelles de sélection notamment l'échelle d'anxiété d'Hamilton, le test d'AUDIT sur la consommation d'alcool et l'échelle du CISS sur les styles de coping utilisées,

nous avons obtenu deux participants. Il s'est agi de deux adultes souffrant d'anxiété significative et ayant recours à la consommation d'alcool comme stratégies de coping : un homme et une femme âgés respectivement de 45 ans et 38 ans. Après l'élaboration du guide d'entretien (Annexe 7) les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu deux entretiens proprement dits avec chaque participant. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats. Dans le chapitre suivant, pour mieux appréhender notre étude, nous allons présenter et analyser les résultats.

CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans cette articulation, nous présentons et analysons les résultats de notre recherche. La première section fait la présentation des participants. La seconde traite du contexte d'émergence de l'angoisse et le recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping. La troisième présente les stratégies de coping centrées sur le problème. La quatrième porte sur les stratégies de coping centrées sur l'émotion et la cinquième renseigne sur les stratégies de coping centrées sur le soutien social. Tout au long de ce chapitre, plusieurs extraits d'entretiens viendront illustrer nos propos d'analyse afin de témoigner de la réalité des stratégies de coping mobilisées par les adultes consommateurs d'alcool pour faire face à leurs situations angoissantes.

5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

Nous avons deux adultes comme participants à cette étude à qui nous avons donné les codes M. X et Mme Y.

5.1.1. Cas M. X

Agé de 45 ans, M.X est Fulfuldé de la région du Nord et précisément du département de la Bénoué. De religion protestante, il est marié et père de 03 enfants, il est également l'aîné d'une fratrie de 05 enfants, dont 2 garçons et 3 filles. Son père et sa mère sont encore vivants. Il est marié au régime monogamique depuis plus de 10 ans. Il est nanti d'une Licence en Sociologie. Depuis un an, suite à la perte subite de son emploi de cadre dans la représentation d'une ONG internationale à Yaoundé, celui-ci a commencé à sombrer. Son quotidien est rythmé entre irritabilité, impulsivité, peur irrationnelle, difficulté à se concentrer, baisse des performances intellectuelles, incapacité à faire des projets, vision négative de l'avenir,... Malgré l'obtention d'un nouvel emploi il y a un peu plus de trois mois, la situation ne s'est point améliorée. Dans le but de faire face à cette situation inconfortable, celui-ci a recouru à la consommation d'alcool sans obtenir gain de cause. Il est arrivé à l'HJY au « Service de Psychiatrie B » le vendredi 22 novembre 2018.

Avant d'être retenu comme participant à l'étude, M.X a été soumis à l'échelle d'anxiété d'Hamilton, au test d'AUDIT et à l'échelle du CISS. Il était invité à cocher la case correspondant à son état pour les 14 items que comprend la version que nous avons utilisée de l'échelle de dépression de Hamilton, également appelée HDRS (pour Hamilton Dépression Rating Scale). Après dépouillement de ce questionnaire, il a obtenu un score total de 54 points, qui nous a

permis de le ranger dans la rubrique de ceux qui ont une angoisse. Pour ce qui est du test d'AUDIT, des 10 items que présente ce test, il était question pour lui de choisir et cocher les symptômes ou signes qui décrivent mieux comment il se sentait au cours des douze derniers mois en donnant une valeur à chaque item sur une échelle de type Lykert. Après dépouillement du second questionnaire, il a obtenu un score total de 14 points, qui nous a permis de le ranger dans la rubrique de ceux qui ont un risque d'alcool-dépendance. En ce qui concerne l'échelle du CISS constituée de 48 items pour évaluer les stratégies de coping spécifiques utilisées dont il était invité à cocher, M. X à l'issue du dépouillement a obtenu un score de 60.

5.1.2. Cas Mme Y

Agée de 38 ans, Mme Y est Bamiléké de la région du Nord-ouest et précisément du département de la Mezam, arrondissement de Santa. De religion catholique, elle est mariée et mère de 06 enfants, elle est la dernière-née d'une fratrie de 06 enfants, dont 4 garçons et 2 filles. Son père et sa mère sont déjà décédés. Elle est mariée au régime polygamique depuis 15 ans. À cause de la guerre dans le NOSO, elle et sa famille se sont installées dans la ville de Yaoundé. En Avril 2018, durant un voyage à Bamenda son fils a été kidnappé par les « Ambazoniens », qui ont demandé une rançon pour sa libération. La situation traumatisante générée par cet événement, a conduit à des troubles du sommeil, des douleurs musculaires, des palpitations, des tremblements, des frissons, des maux de tête,... de façon continue chez Mme Y. Pour faire face à cette situation très inconfortable pour elle et son environnement, elle a recouru à la consommation d'alcool, ce qui n'a pas produit l'effet escompté. Elle est arrivée à l'HJY au « Service de Psychiatrie B » en compagnie de son époux le lundi 25 novembre 2018.

Avant d'être retenue comme participante à l'étude, Mme Y a été soumise à l'échelle d'anxiété d'Hamilton, au test d'AUDIT et à l'échelle du CISS. Elle était invitée à cocher la case correspondant à ses états pour les 14 items que comprend la version que nous avons utilisée de l'échelle de dépression de Hamilton, également appelée HDRS (pour Hamilton Depression Rating Scale). Après dépouillement de l'échelle, elle a obtenu un score total de 56 points, qui nous a permis de la ranger dans la rubrique de ceux qui ont une angoisse. Pour ce qui est du test d'AUDIT, des 10 items que présente ce test, il était question pour elle de choisir et cocher les symptômes ou signes qui décrivent mieux comment elle se sentait au cours des douze derniers mois en donnant une valeur à chaque item sur une échelle de type Lykert. Après dépouillement du second questionnaire, elle a obtenu un score total de 17 points, qui nous a permis de la ranger

dans la rubrique de ceux qui ont un risque d'alcoolodépendance. En ce qui concerne l'échelle du CISS constituée de 48 items pour évaluer les stratégies de coping spécifiques utilisées dont elle était invitée à cocher, Mme Y à l'issue du dépouillement a obtenu un score de 55.

5.2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE L'ANGOISSE ET RECOURS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Les participants à cette étude ont vécu l'angoisse qui désigne un état de mal-être qui se manifeste par une sensation interne d'oppression et de resserrement ressenti au niveau du corps. Cette angoisse s'accompagnant généralement d'une crainte de malheur ou de mort imminente contre lesquelles ils se sentent impuissants. Cependant l'angoisse n'est pas un signe psychopathologique en elle-même mais le miroir d'un ensemble de phénomènes affectifs.

Dans cette étude, nous nous intéressons à l'angoisse de nos participants. En effet, il est toujours important de s'intéresser à l'histoire du trouble d'un individu pour saisir le contexte dans lequel ce dernier a émergé.

5.2.1. Survenue de l'angoisse et situation problématique

Nous nous intéressons ici à la manière dont la situation d'angoisse est survenue chez les deux participants. Il ressort d'après leurs déclarations qu'il s'est agi d'un phénomène très bouleversant.

L'angoisse survenue chez nos participants a pris son origine dans diverses situations de détresse vécues. Pour M. X, elle trouve son origine dans son licenciement et chez Mme Y l'angoisse trouve son fondement du kidnapping de son fils. L'angoisse est difficile à surmonter, car elle devient un frein dans la poursuite du quotidien. Nous avons à partir de leur discours repéré des crises de panique durant leur période de détresse : le cœur qui s'accélérait, les muscles qui se tendaient et la communication devenait alors impossible. Nos participants, victimes d'angoisse se trouvaient dans cette situation de perte de contrôle, ils redoutaient en permanence de revivre une crise de panique en adoptant un comportement d'évitement et procrastinaient, c'est-à-dire ils remettaient aux lendemains des activités importantes. Toute angoisse s'inscrit donc dans une histoire singulière, dans un contexte pluriel. Mme Y dit : « après avoir reçu le coup de fil des « Ambazoniens » me demandant une rançon pour la libération de mon fils, une peur m'a envahi. J'avais d'autant plus peur que certaines de mes amis avaient perdu des membres de leurs familles en pareilles circonstances depuis le début de la crise malgré le paiement de la rançon demandée ». Chez M. X il s'est agi d'une détresse psychique face à la situation de danger pour

laquelle il n'était pas préparé. Il affirme dans ce sens: « le jour où on m'a annoncé mon licenciement, j'ai cru à une blague. Même lorsque les vigiles m'ont raccompagné hors du bâtiment, je n'avais toujours pas intégré cela. Pour preuve le lendemain de mon licenciement je suis arrivé au service à 8h comme d'habitude avant de me voir refuser l'accès au bâtiment. Plus le temps passait plus je sentais comme un vide en moi ».

Ces situations traumatisantes ont généré chez nos participants l'anxiété par un sentiment de déplaisir, plus ou moins intense, qui s'est manifesté chez ces derniers. Pour M. X, le malaise était tellement profond qu'il était de plus en plus difficile de le définir : « Trois semaines après mon licenciement, j'attendais toujours un possible appel de mon employeur "ex" pour me demander de reprendre du service ». L'anxiété vécue par nos participants a également créé chez eux des sensations physiques, allant de la simple constriction épigastrique à la paralysie totale. En outre, elle s'accompagnait souvent d'une intense douleur psychique. Mme Y s'inscrit dans cette dynamique quand elle affirme que « du moment où j'ai reçu ce coup de fils m'annonçant le kidnapping de mon fils j'ai ressenti comme une paralysie totale, il a fallu un recours à un kinésithérapeute pour que je me remette sur pieds. En plus depuis ce moment je ressens continuellement des douleurs physiques dans tout le corps, un peu comme si la paralysie ne m'avait jamais quitté. »

L'anxiété ainsi vécue par nos participants a une source involontaire face à une situation inconfortable à travers le licenciement de M. X et le kidnapping du fils de Mme Y n'étaient pas prévisibles. M. X s'exclame en ces termes : « ce licenciement fut pour moi une très grosse surprise en ce sens que deux jours avant mon responsable me consultait et voyait avec moi la planification de nos activités sur le long terme en me confiant des missions plutôt importantes ».

La séparation du fils de Mme Y a créé en elle un sentiment de panique très profond surtout lorsqu'elle se souvient de ce qu'ont vécu plusieurs familles victimes des enlèvements des « Ambazoniens » dans le NOSO. Elle affirme : « beaucoup de familles originaires de cette région ont perdu des membres comme ça, on n'a même jamais pu retrouver les corps. On vous appelle on vous demande de l'argent, vous donnez et après plus de nouvelles. C'est d'autant plus difficile pour moi car la dernière fois où mon fils et moi avons discuté on s'est séparés en mauvais terme ; je ne veux pas me séparer de lui ainsi ». Ce qui nous amène à aborder le ressenti des participants face aux situations angoissantes.

5.2.2. Sentiments ressentis par les participants face à une situation angoissante

Comme l'angoisse réelle prévient d'un danger extérieur, l'angoisse névrotique prévient le moi du danger que représente pour lui la libido, et le moi, à l'instar de la réaction face à une situation de danger extérieur, va pousser à la fuite, à la défense ou à l'attaque. Allant dans le même sens, nos participants ont fait état de plusieurs types de sentiments négatifs au rang desquels l'identification des sentiments d'impuissance, de rejet, de trahison, de culpabilité ainsi que de vulnérabilité. Nous pouvons entendre M. X dire dans ce sens : « je suis dans cette situation parce que je n'ai aucun contact, personne pour me soutenir. Car si moi aussi j'étais de la famille d'un grand de ce pays on ne m'aurait pas licencié sans explication ».

Les participants ont également éprouvé le sentiment de tristesse, le sentiment de culpabilité, le sentiment de désespoir et le sentiment de honte. Mme Y déclare : « Je n'aurais pas dû le laisser aller à Bamenda en pareil moment. Les autres ont formellement interdit à leurs enfants d'y aller pour quelle que raison que ce soit et moi pas. Voilà donc la conséquence aujourd'hui ». Ces différents sentiments ressentis ont été recensés dans le vécu de la situation angoissante pour laquelle nos participants cherchent tant bien que mal à trouver des solutions. Pour d'avantage cerner le contexte d'émergence de l'angoisse, voyons quel est l'impact de la consommation d'alcool comme tentative de lutte contre les états d'angoisse.

5.2.3. Recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping pour faire face à l'angoisse

La variation de la consommation d'alcool a été relevée dans le discours de nos participants. Nous analysons ici, comment l'usage d'alcool est passé d'une consommation limitée ou anodine à l'alcool-dépendance. En effet, on observe que s'il existe un rapprochement en termes d'évolution de la dépendance chez les adultes de sexe masculin, les adultes de sexe féminin obéissent à une autre dynamique. Du discours de nos participants, il ressort que pour M. X c'est dans les bars dansants et les débits de boissons que sa consommation d'alcool a augmenté. « Depuis la visite de mon collègue, j'ai tout fait pour me retrouver dans un groupe de mon quartier réputé pour ses habitudes de consommation d'alcool et de virées nocturnes. Nous avons multiplié les sorties. J'avais ainsi de moins en moins le temps de m'apitoyer sur mon sort ».

En ce qui concerne Mme Y, l'augmentation de sa consommation d'alcool s'est faite dans un environnement plutôt contrôlé, celui des réunions des femmes du quartier. Elle explique : « en tant que membre d'au moins trois réunions/semaine (réunions au cours desquelles, la personne

qui reçoit avait obligation de faire à manger et de donner à boire), c'était à chaque fois pour moi l'occasion de consommer encore plus ». Plusieurs personnes augmentent la quantité d'alcool qu'elles consomment dans un contexte qui inclut des amis proches. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui ont des amis consommateurs d'alcool dans leur entourage. Ainsi, l'augmentation de la fréquence de consommation d'alcool chez nos participants s'est effectuée dans un contexte incluant les amis proches. C'est ce qu'explique M. X : « le fait d'avoir de l'argent ou pas n'était pas vraiment un problème en ce sens que mes nouveaux amis avaient toujours de la boisson à m'offrir ». Le même résultat a été trouvé chez Mme Y. Elle déclare : « Dans nos réunions plusieurs de mes consœurs acceptaient volontiers de me donner leurs bières à boire ». La consommation d'alcool ici est une stratégie de coping centrée sur la construction de la relation d'objet à valeur sociale.

Nos résultats montrent également que, même si la dépendance à la consommation d'alcool se passe en présence des pairs, il arrive des moments où les participants désirent consommer en solitaire. M. X raconte qu'il y avait des moments où il consommait seul : « c'est avec le temps quand le sentiment d'incapacité m'envahissait que je sortais parfois seul ». Il en est de même chez Mme Y lorsqu'elle dit : « je me sentais parfois mal et je sortais pour aller me consoler en prenant une bière au bar du quartier, et en ces moments j'étais toujours seule ». Contribuant ainsi à la stratégie de coping centrée sur la construction de relation d'objet à valeur affective. On constate que le lieu dans lequel la consommation a augmenté (la rue) est resté pareil par rapport au lieu où elle a été initiée. Mais en ce qui concerne le contexte de la consommation (en présence d'amis ou en solitaire), on note un changement. Il est passé d'une consommation en présence d'amis (au moment de l'initiation) à une consommation qui se fait parfois en solitaire, parfois en présence d'amis.

L'anxiété n'est généralement pas à l'origine des premières expérimentations de consommation d'alcool, ces dernières se faisant surtout dans un contexte de plaisir et de curiosité, ordinairement partagées avec les pairs. Cependant, les individus qui persistent à consommer progressivement un peu plus d'alcool de manière périodique indiquent en grande partie qu'ils le font pour oublier ce qui se passe, dans leur vie particulière. La consommation d'alcool procure ainsi chez le consommateur le sentiment de consolation. Dans ce sens, M. X relate que l'anxiété générée par son licenciement l'a poussé à consommer l'alcool pour se détendre : « Le fait de ne plus pouvoir assumer mes responsabilités de chef de famille du fait de mon licenciement et de ne

pouvoir subvenir au besoin de ma famille me poussait à m'absenter à la maison. Je n'étais pas très bien. Je me sentais mal et je sortais pour aller faire un tour en prenant une bière ». Il en est de même pour Mme Y qui au-delà de l'envie de se consoler veut oublier cette situation. Elle explique : « quand je commence à réfléchir à cette situation, je n'ai qu'une envie c'est oublier. Pour ce faire je pars boire pour oublier le kidnapping de mon fils et pour ne plus réfléchir ». Il s'agit à ce niveau de la contribution de la consommation d'alcool comme stratégie de coping centrée sur la construction d'une relation d'objet à valeur cognitive.

En fait, le plaisir amnésique et l'envie d'oublier l'objet de sa détresse ne sont pas les seuls motifs que nous avons recensés dans cette étude comme motivation à la consommation d'alcool. Nos résultats montrent également que l'envie de mieux réfléchir face à certaines situations qui paraissent difficiles à appréhender pousse également les participants à consommer davantage. C'est ce qui ressort du récit de M X. Il dit : « vous savez, après mon licenciement, je buvais avec mes amis. Mais avec le temps j'ai commencé à boire seul surtout quand je veux bien réfléchir ». Des propos de nos participants, il ressort que les situations angoissantes qu'ils vivent créent en eux un sentiment de malaise. Pour ne plus en souffrir, ils cherchaient à oublier ces problèmes et l'alcool leur permettait de le faire. Nous constatons qu'au départ, la consommation d'alcool chez nos participants répondait plutôt à un besoin de consolation. Par la suite, elle a permis à ces derniers d'oublier des difficultés et de faire face à l'angoisse. Ainsi, il peut y avoir une coexistence entre « plaisir consolation » et « plaisir amnésique » et la consommation d'alcool peut constituer une stratégie d'adaptation permettant la gestion d'angoisse.

5.2.4. Lieu, contexte et motivation du recours à la consommation de l'alcool

Nous analysons ici le lieu et le contexte (en solitaire ou en compagnie) dans lequel nos participants ont initié leur consommation d'alcool ainsi que leur motivation à initier cette consommation.

Divers espaces caractérisant les milieux généralement fréquentés par les individus constituent les lieux d'initiation à la consommation d'alcool. Il s'est agi chez nos participants du milieu familial, des amis, du milieu familial des amis et de la rue (débits de boisson). Souvent, la consommation s'initie suite à la visite d'un ami. C'est ce qu'affirme M. X : « quelque temps après mon licenciement, un collègue venu me rendre visite pour m'apporter son soutien m'a proposé d'aller dans un bar environnant prendre une bière, question de discuter au calme. La prise de la première bouteille m'a donné la sensation de revivre. Depuis ce jour la boisson s'est

progressivement imposée comme moyen d'apaisement de la situation ». Cet aspect de la consommation d'alcool renvoie chez ce participant à la stratégie de coping centré sur la construction de relation d'objet à valeur sociale et affective.

Dans le même sens, le lieu d'initiation à la consommation d'alcool chez Mme Y n'est ni le milieu familial, ni la rue. La consommation d'alcool chez elle commence chez son amie avant de s'étendre dans la rue. Elle explique : « Je me souviens qu'après avoir reçu la nouvelle du kidnapping de mon fils, toute paniquée, je me suis rendue chez une sœur du village à proximité de chez moi. Après lui avoir expliqué la situation, celle-ci a envoyé son fils m'acheter une bière glacée soit dit-elle pour baisser ma température. D'une bière on s'est retrouvées à quatre et cet état d'ivresse m'a aidé à trouver le sommeil. Depuis lors la consommation d'alcool s'est progressivement imposée comme moyen pour ne pas me plonger dans des introspections sans suite ».

Le lieu d'initiation à la consommation d'alcool chez nos participants ne s'est pas limité seulement à l'espace où la consommation s'est effectuée. En effet, le groupe de pairs est à la fois un lieu fournissant un accès à l'alcool tout en permettant un renforcement social de leur utilisation. Il importe de préciser que pour nos participants, l'initiation à la consommation d'alcool s'est produite en compagnie, soit d'un collègue (chez M. X, soit d'une amie (chez Mme Y) ou d'amis comme le raconte M. X : « Depuis la sensation de bien-être procurée par la consommation d'alcool avec la visite de mon collègue, je ne ratais plus une occasion de prendre une bière. Ce qui a été renforcé par le rapprochement d'un certain nombre de voisins habitués des débits de boissons ». Il s'agit une fois de plus à ce niveau de la contribution de la consommation d'alcool en tant que stratégie de coping centrée sur la construction de relation d'objet à valeur affective et à valeur sociale.

C'est pareil pour Mme Y, « il s'est depuis établi comme un grand rapprochement avec la consommation de boissons alcoolisées. Qu'il faille le dire sur le moment m'aide à oublier mes angoisses ».

La raison la plus fréquemment rapportée par nos deux cas pour expliquer leur motivation à recourir à la consommation d'alcool est le fait de vouloir oublier l'angoisse face à laquelle ils sont confrontés. Mme Y explique « certes il m'arrivait déjà de consommer de l'alcool durant les réunions de femmes auxquelles j'assiste et dans les moments heureux. Depuis le kidnapping de mon fils, la consommation d'alcool vise surtout à oublier ce sentiment de culpabilité qui me

ronge ». À ce niveau, l'alcool est une stratégie de coping centrée sur la construction d'une relation d'objet à valeur sociale. M. X pour sa part s'inscrit dans la même dynamique « l'alcool est la seule chose qui me permet de rester sans penser et réfléchir à cette situation vraiment embarrassante que je vis depuis mon licenciement ». D'où la construction d'une relation d'objet à valeur cognitive.

5.2.5. Vécu de la consommation d'alcool et la gestion d'angoisse

Les propos des participants présentent un vécu pendant et après la consommation qu'on peut explorer.

5.2.5.1. Vécu pendant la consommation

Pour nos participants, le vécu pendant la consommation a surtout été tant bien que mal positif. Le sentiment de puissance est ce qui ressort le plus de leur discours. Mme Y explique : « Ça fait moins d'un an que ma consommation de « Kadji » s'est véritablement accrue. C'est une bière qui me soûle plus. Il faut que je prenne au moins trois bouteilles pour commencer à soûler ». M. X quant à lui dit : « j'étais bien, tranquille. J'avais le courage de parler et de dire ce qui me vient dans la tête sans avoir peur. Je me comprenais mieux ainsi que mon prochain ». La consommation d'alcool joue ici le rôle des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects.

En consommant l'alcool, nos participants ressentent aussi un sentiment de soulagement ou d'apaisement par réduction de la tristesse, des tensions et par oubli des problèmes qu'ils vivent. C'est ce qu'explique M. X : « Quand je bois je me sens bien. J'oublie les problèmes que je vis, je ne pense plus à ça [...] parce que quand je bois, je suis plus heureux [...] et moins triste [...] quand je bois, c'est comme si je suis réconforté ». En plus du sentiment de puissance et de soulagement, nous avons également trouvé que l'alcool permet de se sentir moins seul. M. X explique que lorsqu'il consomme l'alcool, le sentiment de solitude disparaît. Il dit : « oui C'est comme si je suis toujours avec quelqu'un même si je bois seul ». Il poursuit : « Quand je bois, je me sens moins seul ». Ainsi, chez nos participants, le vécu est surtout positif et est marqué par le sentiment de puissance, le sentiment de soulagement et le sentiment d'être moins seul. Ils ont l'impression d'être capables de gérer leur angoisse.

5.2.5.2. Vécu après la consommation

Pour nos participants, le vécu après la consommation est également marqué d'effets positifs. Le sentiment de soulagement et de puissance sont présents dans le discours de M. X. Il

dit qu'il se sent plus calme et plus fort lorsqu'il a déjà bu : « Je me sentais bien parce qu'une fois que j'ai déjà bu, je suis plus calme. Quand je suis à la maison, je me sens mal à l'aise, mais dès le moment que je sors et bois, je suis plus à l'aise, je suis plus calme, je suis plus fort ».

Le vécu après la consommation n'est pas toujours marqué d'un sentiment de puissance et de soulagement. Dans le récit de Mme Y, on note plutôt un sentiment d'intelligence et une sensation de confiance. Elle explique que, lorsqu'elle a déjà bu, elle a l'impression que ses capacités intellectuelles ont augmenté : « Je suis plus sage. Quand je prends quelques bières, il y a des choses que je comprends très bien, alors qu'avant je ne comprenais pas. Donc ça (alcool) nettoie mon cerveau. Quand je bois, je ne suis pas comme quand je n'ai pas bu. Je réfléchis bien et j'ai plus confiance ». Ça renvoie ici à la stratégie de coping centrée sur la construction de la relation d'objet à valeur cognitive. Après la consommation d'alcool, le vécu M. X est marqué par des sentiments de soulagement et de puissance, alors que chez Mme Y, on note plutôt le sentiment d'intelligence et d'assurance. Ainsi, un même événement (ici la consommation d'alcool) peut donc être vécu différemment selon les personnes.

Quel que soit le participant, le recours à la consommation est conçu dans le cadre de cette étude comme un moyen pour faire face à l'angoisse. L'alcool diminue l'anxiété en augmentant l'activité inhibitrice des récepteurs GABA (acide gamma-aminobutyrique). Lesquels récepteurs réduisent les activités des neurones et l'alcool exagère cet effet. Un taux élevé de GABA favorise les sentiments de relaxation et de calme, qui nous rendent plus sociables et moins stressés. Le GABA aide à rétablir l'équilibre et à maintenir une humeur normale. La consommation d'alcool intervient donc ici comme une stratégie de coping. Elle figure comme une dimension de coping à part entière pour la gestion d'angoisse. Nos participants incapables au début de faire face à leurs crises d'angoisse ont consommé l'alcool comme réponse pour soulager leur détresse.

Outre la consommation d'alcool comme certes un moyen pour faire face aux situations angoissantes à cause de ses effets positifs mais très éphémères et conduisant à long terme à certaines conséquences néfastes pour la santé mentale, physique (organique), nos participants dans notre étude ont mobilisé des moyens autres que la consommation d'alcool; des stratégies de coping dans le but de mieux gérer leur détresse psychique. Les stratégies d'ajustement sont l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique. Une stratégie de coping est flexible, consciente, différente et orientée vers la

réalité (interne ou externe) ; sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites, par cet événement. Toute personne peut être confrontée à des situations angoissantes qui sont menaçantes et perturbantes pour elle ; pour faire face et maîtriser ces difficultés, l'individu utilise des stratégies de coping centrées sur le problème, centrées sur l'émotion et centrées sur le soutien social.

5.3. STRATÉGIES DE COPING CENTRÉES SUR LE PROBLÈME

Les stratégies de coping centrées sur le problème consistent chez nos participants à la recherche directe ou indirecte à modifier la situation stressante. Elles se font à travers l'établissement d'un plan d'action et à le suivre, à accepter la détresse et sentir que l'on grandit de l'expérience. Elles impliquent des efforts pour gérer ou diminuer le problème qui est la cause de l'angoisse. C'est d'ailleurs le cas chez nos participants qui après avoir pris conscience de la situation, s'engagent à résoudre leur problème à travers la recherche d'informations ainsi que l'auto-accusation et l'acceptation.

5.3.1. Recherche d'informations et stratégies de résolution du problème

Ces stratégies étant actives impliquent chez nos participants des actions directes pour éliminer l'agent stressant ou ses effets négatifs. Pour la recherche d'information, il est utile chez ces derniers atteints d'angoisse à travers la prise plus au sujet de la problématique et sur la façon dont ce trouble les affecte. La stratégie de planification et de résolution de problème constituent les efforts déployés par nos participants pour analyser et modifier la situation. La recherche d'information se fait chez eux aussi bien sur la situation à la base de l'angoisse que sur les manifestations psychosomatiques de l'angoisse. Dans cette perspective, M. X s'évertue pour comprendre le système de fonctionnement de l'ONG qui l'a licencié en vue de savoir quels sont ses recours pour se rendre justice. Il affirme ainsi : « avec le recul j'ai compris que j'ai été victime d'un licenciement abusif, même s'il est tard je me renseigne actuellement sur mes options en vue de savoir quoi faire pour avoir justice ». Mme Y dans la même dynamique met de l'emphase à comprendre ce qui lui arrive de manière à identifier les voies et moyens pouvant être mis en œuvre pour venir à bout de la situation. Elle affirme ainsi : « n'ayant pas pu trouver de solution dans la consommation d'alcool, je me suis engagée dans la recherche d'informations sur les malaises que je subis au quotidien ».

Comme la recherche de solution, les stratégies de résolution de problème, englobent les efforts centrés sur la modification de la situation problématique. Ainsi, l'attitude de nos

participants laisse entrevoir une réelle volonté de faire face à la situation à la base de l'angoisse afin d'éviter que la situation ne se reproduise. M. X déclare dans cette perspective que : « j'ai confronté mon employeur à l'effet de comprendre les raisons de mon licenciement. Cette démarche visait à comprendre ce qui s'est réellement passé et à pouvoir prévenir la résurgence de telle situation à l'avenir ». Mme Y s'inscrit dans la même perspective lorsqu'elle déclare : « je me suis rapprochée des autorités compétentes au niveau de Yaoundé en vue de savoir quelle attitude adoptée au cas où la situation de mon fils venait à se reproduire ». Dans le processus de recherche de moyens pour résoudre le problème, l'auto-accusation et l'acceptation de la confrontation ne sont pas de moindre.

5.3.2. Auto-accusation et acceptation de la confrontation

L'auto-accusation et l'acceptation de la confrontation font parties des stratégies de coping centrées sur le problème auxquelles nos participants recourent pour la gestion de leur angoisse. En effet, avec le temps, nos participants sont plus enclins à faire face au problème. Mme Y affirme dans cette perspective : « j'ai compris avec le temps que cela ne servait à rien de fuir la réalité car d'une manière ou d'une autre, tant que le problème n'est pas résolu, j'en souffrirai toujours ». M. X s'inscrit lui aussi dans cette dynamique lorsqu'il affirme : « j'ai arrêté d'éviter mes anciens collaborateurs car j'ai compris que cela ne servait à rien. Je n'ai rien à me reprocher, ce n'est donc pas à moi de fuir mais à eux puisqu'ils m'ont mis dehors sans aucune explication ».

Toutefois, le sentiment de culpabilité très présent dans la démarche de nos participants s'est mué en une auto-accusation. Mme Y affirme ainsi que : « c'était de mon devoir de protéger mon fils et de l'empêcher de faire un voyage en zone anglophone en pleine crise. J'ai été une mauvaise mère, mais qu'à cela ne tienne je ferai tout pour que cela n'arrive plus ». Du discours de nos participants, il ressort clairement qu'avec le temps ils sont prêts à aborder le problème. Comme l'affirme M. X : « je suis aujourd'hui plus que jamais prêt à faire face à ce problème. Je dois pouvoir rétablir l'équilibre une fois pour toute ». Ces moyens sont également parfois désignés dans la littérature sous le vocable de stratégies actives, puisqu'elles abordent directement le problème comme on a pu le voir alors que les stratégies de coping centrées sur l'émotion participent à régulariser la détresse émotionnelle.

5.4. STRATÉGIES DE COPING CENTRÉES SUR L'ÉMOTION

Les stratégies de coping centrées sur l'émotion impliquent chez nos participants à la régulation de la détresse émotionnelle associée à la situation causée par un agent de stress. Ces stratégies sont utiles chez ces derniers dans des situations où il n'est pas possible d'éliminer le problème. Elles ne changent rien à la relation personne-environnement, mais permettent à la personne de se sentir mieux. Ces stratégies incluent donc des techniques à dominance physiologique, comme la relaxation, ou des efforts cognitifs pour changer la signification du problème et diminuer la menace. Parfois présentées sous le terme de stratégies passives, les stratégies centrées sur l'émotion contribuent chez nos participants à diminuer la détresse émotionnelle associée à la situation qui découle de l'événement stressant. Le retrait, l'expression émotionnelle, la réévaluation positive du problème, l'utilisation de substances, la distraction de même que l'évitement et le déni en sont quelques exemples. Dans cette étude, les stratégies centrées sur les émotions utilisées par nos participants sont essentiellement l'évitement, le déni, la réinterprétation positive, la recherche de soutien... L'évitement et le déni sont ceux utilisés préférentiellement par nos participants.

5.4.1. Évitement

L'évitement chez nos participants s'est observé à travers l'isolement. Pour gérer l'angoisse recourent à l'évitement, ce qui leur permet de reprendre des forces afin de réorganiser leur vie et d'affronter d'autres difficultés. Nos participants présentent des souvenirs bouleversants et envahissants ayant pour but de tenter de supprimer activement leurs souvenirs en rapport avec l'événement et ainsi diminuer leur détresse émotionnelle. Ainsi, on entend Mme Y dire : « Je m'évertue au quotidien à repousser toutes les pensées en lien avec le kidnapping de mon fils. Je fuis même les conversations des amis renvoyant aux actions en lien avec la grise anglophone ».

Confronté à une situation ou à des pensées qui renvoient à la situation à la base de son angoisse, M. X utilise un mode de réponse évitant dans le but de réduire le malaise généré par le stimulus anxiogène. Or, bien que cette réaction amène un soulagement temporaire de l'anxiété, elle conduit à moyen terme à une résurgence des pensées liées à l'angoisse, voire à une augmentation de leur détresse émotionnelle. C'est le cas chez M. X lorsqu'il déclare : « À longueur de journée le fait de voir des gens aller et revenir du boulot, me faisait penser à ma situation de sans emploi, faisant ainsi resurgir mon sentiment de culpabilité. Et je me rappelle cela à chaque instant sans même le vouloir. »

Nos participants utilisent les deux types d'évitement. L'évitement affectif et l'évitement comportemental. Concernant l'évitement affectif, notons que les sujets souffrants d'anxiété présentent une indifférence émotionnelle qui se manifeste sous la forme d'un détachement vis-à-vis d'autrui et de tentatives d'évacuer les émotions et sentiments. L'évitement affectif prend chez nos participants la forme d'isolement des affects. Mme Y le souligne ici avec regret : « depuis un temps, je m'éloigne même de tous mes frères anglophones de peur de devoir parler de la situation qui est arrivée à mon fils ». C'est le cas pour M X qui ne veut même plus se rendre dans son ancien lieu de travail parce qu'il n'aimerait pas rencontrer ses anciens collègues. L'évitement des émotions fortes protège le sujet d'une poussée émotionnelle qui peut s'associer à un événement qui lui rappellerait la situation à la base de son anxiété.

En ce qui concerne l'évitement comportemental, il consiste pour l'individu à s'éloigner de tout ce qui peut rappeler la situation anxiogène, comme les conduites, les personnes, les endroits et les situations associées à l'événement à la base de l'anxiété. M. X le révèle en ces termes : « je ne supporte plus de voir le bureau de mon ancien employeur. D'ailleurs, tu ne peux pas me voir traîner là-bas ».

5.4.2. Dénier

Le déni est la perception de la réalité qui est niée ; il engendre des conduites soit de défi soit de jeu. M. X dans la prise de distance vis-à-vis de la situation ayant déclenchée l'anxiété affirme : « je prends toutes les dispositions pour ne plus avoir de contact avec mon ancien employeur et mes collègues car le simple fait d'être en leur compagnie me replonge au plus profond de mes angoisses ». Mme Y recourant dans l'exagération des aspects positifs déclare : « l'Etat est en train de sécuriser la zone anglophone, les situations comme celle de mon fils ne se produiront plus jamais ». Nous voyons comment l'humour et la sous-estimation des aspects négatifs de la situation arpentent sa réaction.

Ces stratégies, souvent génératrices d'émotions positives, se sont révélées être efficaces pour abaisser la tension émotionnelle dans les cas d'expériences stressantes de courte durée. Par contre, le déni à long terme peut créer des problèmes additionnels tels qu'une dépression. On voit cela avec Mme Y : « Je commence déjà à me fatiguer de tout ça. Quand on pense que cette crise est finie on apprend qu'il y a de nouveaux morts. Certainement un jour, un des miens finira par être tué dans cette zone. Ce qui doit arriver arrivera, même si c'est la mort de tous les anglophones, nous serons enfin libres ».

Hormis l'évitement et le déni, nos participants ont utilisé comme d'autres stratégies de coping centrées sur l'émotion : la réinterprétation positive et la spiritualité faisant parties des stratégies de coping centrées sur l'émotion. La stratégie de réinterprétation positive consiste à gérer la détresse et les émotions et à évaluer les aspects positifs de la situation plutôt que de combattre l'agent stressant. Mme Y recourt lorsqu'elle affirme que : « les populations anglophones sont de moins en moins confrontées aux problèmes de kidnapping. Ma consolation est que personne ne vivra ce que moi j'ai vécu. Une telle situation ne se reproduira pas ».

La décharge émotionnelle et le désengagement mental et comportemental sont d'autres stratégies de coping qui ont été les moins utilisées. Prendre du recul, la pratique d'exercices fréquents, éviter les facteurs de stress, l'exécution de tâches ménagères ainsi que prendre de la distance sont d'autres copings pas de moindre employés par les participants. Mme Y dans cette perspective affirme que : « dans le but d'oublier tout ce qui m'arrive, je me plonge dans les tâches ménagères et autres activités domestiques ». M. X pour sa part essaie de remplacer la consommation de l'alcool par la pratique des exercices physiques. Il s'exclame : « de manière progressive, j'essaie de remplacer le recours à la consommation d'alcool par la pratique régulière du sport ». Comme nous pouvons le constater à travers le discours des participants, le recours au coping centré sur l'émotion contribue à les aider à gérer la détresse émotionnelle associée à la situation angoissante. Qu'en est-il des stratégies de coping centrées le soutien social ?

5.5. STRATÉGIES DE COPING CENTRÉES SUR LE SOUTIEN SOCIAL

Cette stratégie chez nos participants est centrée sur la recherche de soutien émotionnel et tangible, et la recherche d'informations auprès d'un tiers qui peut agir sur la situation à travers plusieurs stratégies adaptatives comme : parler à quelqu'un pour faire quelque chose de concret à propos de la situation, recevoir de l'aide professionnelle, accepter la sympathie et la compréhension d'une personne que l'on respecte ou lui demander de l'aide au besoin et discuter de ses sentiments.

5.5.1. Recherche de soutien tangible

Elle est de façon statistiquement significative moins souvent utilisée par les sujets anxieux qui présentent plus de pensées négatives. Elle intègre la stratégie de recherche de soutien social instrumental qui consiste à rechercher des avis, de l'aide ou des informations appropriées à la situation. Nos participants s'inscrivent dans cette perspective dans la mesure où ils ont manifesté le désir à un moment donné de rencontrer un spécialiste pouvant les aider à faire face à

la situation angoissante. En effet Mme Y affirme : « dans la recherche d'informations sur mon problème que j'ai engagé, les lectures sur internet m'ont permis de comprendre que les personnes dans ma situation peuvent se faire aider par des spécialistes. Avec cette information j'ai pu me renseigner pour savoir où trouver ces spécialistes là au Cameroun. Ma présence ici aujourd'hui est l'aboutissement de ce processus ». M. X pour sa part confirme que : « à un moment donné j'ai véritablement senti que la situation me dépassait. J'ai vite fait de demander à mon épouse de m'aider à trouver une solution ».

Aussi bien M. X que Mme Y, au-delà du recours au soutien social, font appel à la dépendance sociale qui est une stratégie passive qui consiste à adopter des comportements dépendants vis-à-vis d'autrui. Mme Y affirme : « dès le moment où je me suis résolue à engager une thérapie, j'ai pu bénéficier de l'appui de tous les membres de ma famille, surtout de mes enfants, sur qui tout reposait désormais ». Pour M. X, « le choix de me faire suivre est fortement corrélé à l'appui que je recevais de ma femme et de mes enfants ». Nos participants conviennent qu'il est bon de raconter son expérience à d'autres personnes et d'exprimer ses sentiments.

5.5.2. Recherche de soutien social émotionnel

La stratégie de recherche de soutien social émotionnel implique le recours au soutien moral et la recherche de sympathie ou de compréhension de la part des autres. Nos participants extériorisent leurs affects dans ce sens « comparer avec la réalité » leurs pensées, leurs actes et leurs sentiments. M. X s'inscrit dans cette perspective lorsqu'il affirme : « le licenciement est une situation plutôt commune, avec le recul j'ai pu rencontrer tellement de personnes étant déjà passées par ce genre de situation et cela m'a véritablement aidé à accepter ma situation et à aller de l'avant ».

Nous avons pu constater chez nos participants la capacité de recourir à deux autres stratégies de coping pour gérer leur situation d'angoisse : la stratégie de coping centrée sur la mentalisation des affects et la stratégie de coping centrée sur la construction de la relation à l'objet dont nous y reviendrons au chapitre suivant dont nous appréhenderons en profondeur dans le chapitre suivant.

Cette partie de notre travail vient de présenter les résultats que nous avons obtenus lors de la collecte des données. Ces données ont été acquises essentiellement à travers les discours des participants. Une analyse séquentielle a été faite pour compléter l'analyse thématique. Selon la technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs, nous

avons quatre principaux thèmes. Il s'est agi du contexte d'émergence de l'anxiété et le recours à la consommation d'alcool, des stratégies de coping centrées sur le problème, ensuite des stratégies de coping centrées sur l'émotion et enfin des stratégies de coping centrées sur le soutien social. Dans le but de mieux appréhender le phénomène que nous étudions, selon l'approche théorique sur laquelle on s'appuie, nous allons interpréter et discuter ces résultats dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Ce dernier chapitre de notre recherche porte sur l'interprétation et la discussion des résultats que nous avons obtenus après l'analyse. Selon Fortin (2005), dans cette partie du mémoire, le chercheur doit ressortir la signification des résultats, tirer des conclusions, évaluer les implications, les perspectives et formuler quelques recommandations en ce qui concerne les recherches futures. Pour y arriver, le présent chapitre est structuré en plusieurs sections. La première porte sur la synthèse des résultats, la deuxième porte sur la lecture des données à partir de la théorie retenue. Dans la troisième section, nous allons faire la discussion des résultats obtenus et la quatrième section porte sur les éventuelles implications, perspectives et recommandations liées à cette recherche. Au cours de cette section, nous verrons qu'en dehors des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion et des stratégies de coping centrées sur le soutien social utilisées par nos participants, qu'ils ont pu mobiliser d'autres stratégies leur permettant de faire face à leur angoisse.

6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats ayant fait l'objet du chapitre précédent ont été collectés à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de deux participants rencontrés à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Il s'agit notamment de deux adultes dont un homme et une femme âgés respectivement de 45 ans et 38 ans. Ils ont été sélectionnés à partir des scores obtenus à l'issue de la passation des échelles d'anxiété d'Hamilton d'une part, du test d'AUDIT et d'autre part de l'échelle du CISS. Ces scores ont relevé chez nos participants une difficulté liée à l'angoisse. L'analyse thématique que nous avons effectuée a fait ressortir quatre thèmes à savoir le contexte d'émergence des états d'angoisse et le recours à la consommation d'alcool, des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion et des stratégies de coping centrées sur le soutien social ainsi que deux autres stratégies que nous analyserons éventuellement.

Le contexte d'émergence des états d'angoisse chez le sujet a été analysé en deux temps. La survenue de l'angoisse et la situation problématique et les sentiments ressentis par les participants face à la situation angoissante. Il s'est agi respectivement du licenciement de M. X et du kidnapping du fils de Mme Y.

Le recours à la consommation d'alcool comme stratégie a été également analysé en deux temps : Premièrement, nous nous sommes intéressés aux événements déclencheurs d'angoisse

ayant motivé la survenue de la consommation d'alcool. Deuxièmement, nous nous sommes intéressés aux lieux et milieux ayant favorisé la consommation anodine et progressivement abusive de l'alcool. Chez M. X la consommation d'alcool commence dans un débit de boissons en compagnie d'un ami et chez Mme Y elle a commencé au domicile de sa copine lors d'une visite.

Dans les discours de nos participants, nous avons noté une variation du mode de consommation. Elle est passée d'une consommation anodine à une consommation abusive durant diverses occasions.

Les discours de ces participants ont révélé un vécu pendant et après la consommation d'alcool. Pendant et après la consommation d'alcool comme stratégie de coping inadapté, on a remarqué que malgré l'atténuation des symptômes liés à l'angoisse le malaise persiste. Nos participants après avoir pris conscience des manquements liés à la prise d'alcool mobilisent d'autres stratégies de coping autres que la consommation d'alcool pour résoudre ou inhiber leur angoisse. Il s'est agi notamment du :

Coping centré sur le problème à travers la recherche d'informations par la mobilisation des informations sur la(les) cause(s) du problème dans le but de le résoudre ainsi que l'auto-accusation et l'acceptation de la confrontation marquée par la compréhension de la cause soutenue par la volonté de sentir que l'on grandit de l'expérience à partir de l'élaboration d'un plan d'action et à le suivre, nous avons relevé chez nos participants des efforts pour gérer ou diminuer le problème qui est la cause du stress dans le but de rechercher des stratégies pour répondre positivement à la menace constituent des sources de motivation chez nos participants.

Coping centré sur l'émotion basé sur des comportements d'évitement marqués chez nos participants par des conduites d'isolement, du repli sur soi-même et de la recherche d'exaltation. La décharge émotionnelle et le désengagement mental et comportemental ont également marqué le coping centré sur l'émotion.

Coping centré sur le soutien social basé sur la recherche du soutien tangible à travers le recueil des informations sur la situation ainsi que sur le soutien instrumental qui chez nos participants s'appuient sur des actions directes pour éliminer l'agent stressant ou ses effets négatifs. D'autre part, cela est également appuyé sur la recherche du soutien social émotionnel à travers le soutien moral, la recherche de la sympathie, l'évacuation du sentiment de culpabilité, la compréhension d'une personne que l'on respecte ou lui demander de l'aide au besoin de discuter de ses sentiments et l'étayage groupal qui se fondent chez nos participants aussi bien sur

l'élimination de la situation à la base de l'angoisse que sur ses manifestations psychosomatiques spécifiques à chaque cas.

D'autre part, il ressort dans cette étude à travers les résultats collectés deux autres stratégies de coping mobilisées par nos participants pour gérer leur situation d'angoisse :

Les stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects : il s'est agi ici chez nos participants de leur capacité à percevoir et interpréter leur propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux. Cette stratégie a consisté chez ces derniers à se focaliser essentiellement sur leur bien-être psychologique tout en prenant soin de leurs relations interpersonnelles. Nous l'avons identifié à travers leurs comportements lorsqu'ils vont soit auprès de leurs collègues (M. X), soit auprès de leurs amies sœurs de l'association (Mme Y) dans la perspective de s'évader en leur compagnie autour d'une bouteille de bière. Nos participants par ailleurs réfléchissent davantage sur leurs émotions susceptibles de leur permettre tant bien que mal à mieux comprendre celles des autres et de décrypter les raisons de leurs réactions ou de leurs comportements. C'est le cas chez nos participants lorsqu'ils se rendent dans des endroits précis pour mieux appréhender la situation. M. X va dans son ancienne structure pour rencontrer son patron à l'effet de mieux comprendre les raisons de son licenciement. En ce qui concerne Mme Y, elle prend sur elle la résolution de rencontrer les autorités administratives de la place pour savoir les mesures à prendre lorsqu'on a l'un de ses proches kidnappé.

Les stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet : il s'est agi dans cette stratégie chez nos adultes consommateurs d'alcool de nouer une relation forte avec la bière dans la mesure où se retrouver soit en compagnie des ami(e)s, soit en solitaire autour de quelques bouteilles de bière constitue un moment d'euphorie (relation à valeur affective) susceptible de les amener un temps soit peu d'oublier ou d'inhiber leur angoisse en réfléchissant le mieux sur leurs situations angoissantes à travers la création des idées positives (relation à valeur cognitive) afin de pouvoir rebondir dans le but de réintégrer la société à travers l'acquisition de nouvelles habiletés spécifiques et concrètes (relation à valeur sociale). Cette construction d'une relation à l'objet a donc une triple valeur : la valeur affective, la valeur cognitive et la valeur sociale.

En définitive, les stratégies de coping qui impliquent le recours à la résolution de problème, au soutien émotionnel, au soutien social, à la mentalisation des affects et à la

construction d'une relation à l'objet sont globalement reliées à l'ajustement psychologique des adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse.

Ainsi, pour davantage mieux comprendre comment les stratégies de coping contribuent à gérer les situations d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool, il convient dans la suite de notre étude d'interpréter les résultats de l'étude à la lumière de la théorie du coping appuyée par celle liée à la théorie cognitivo-comportementale convoquée à cet effet.

6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous interprétons les résultats de l'étude au regard de la théorie du coping et de la théorie cognitivo-comportementale. Ces deux théories sont convoquées ici pour appréhender respectivement la contribution des stratégies de coping ainsi que les processus cognitifs et comportementaux dans la gestion du vécu d'angoisse chez des adultes alcoolodépendants face aux situations angoissantes.

6.2.1. Application de la théorie du coping associée aux TCC à la compréhension des stratégies de coping mobilisées chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse

Il est question dans cette partie, de faire une lecture des comportements liés aux stratégies de coping de nos participants à partir des lunettes de la théorie sur le coping associée aux théories cognitivo-comportementales pour mieux comprendre les stratégies de coping utilisées par des adultes consommateurs d'alcool en rapport avec leurs comportements. Avant d'aborder les aspects émotionnels, cognitifs, environnementaux et psychologiques liés aux TCC qui soutiennent conjointement ce mode de consommation, présentons d'abord l'apport de l'application de la théorie du coping à l'exploration du vécu de la situation d'angoisse chez les adultes alcoolodépendants.

6.2.1.1. Application de la théorie du coping à l'exploration du vécu de la situation d'angoisse

La théorie du coping repose sur l'hypothèse selon laquelle la façon dont une personne perçoit les événements détermine la façon dont elle agira (Smaniotto, 2008). Selon les auteurs Skinner, Ellis, Bandura, Beck, Seligman, McCullough la théorie du coping vise notamment à aider un individu à mobiliser des stratégies adaptatives à partir d'une prise de conscience partant d'un processus cognitif, mental et comportemental approprié. À travers nos résultats, nos

participants à partir des pensées automatiques, apprennent comment prendre du recul et se remettre en question dans le but de mieux évaluer et rectifier les pensées automatiques négatives et incorrectes.

6.2.1.1.1. Approche conceptuelle du coping

Confronté à des demandes physiques et psychologiques très intenses, l'Homme répond par des stratégies comportementales et cognitives appelées, en anglais, coping, en français, faire face ou adaptation. Le coping n'a pas une définition univoque ; elle dépend de la perspective théorique adoptée. Les premières analyses sur le sujet, qui datent des années soixante, ont débuté dans la tradition des recherches psychanalytiques sur les mécanismes de défense. Pour Haan (1965), le coping se distingue du comportement défensif, puisque ce dernier, par définition, est rigide, compulsif, indifférencié et déforme la réalité, alors que le coping est flexible, différencié et a un but orienté sur la réalité. À la lumière de cette théorie, nos participants ont fait montre avéré du faire face ou coping entendu ici comme « un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles » (Lazarus, Folkman, 1984).

6.2.1.1.2. Intérêts de la théorie du coping

Un des intérêts de ce modèle est son aspect dynamique, qui s'accorde bien aux théories contemporaines du stress, qui considèrent le stress comme un processus interactif et non comme un état statique. De plus, ce modèle intègre une grande variété de réponses, depuis l'évaluation d'une situation aux efforts pour gérer ses émotions. Nos participants au regard des résultats obtenus ont pu mobiliser principalement des stratégies de coping centrées sur le problème et des stratégies de coping centrées sur l'émotion (Lazarus, Launier, 1978) et celles centrées sur le soutien social (Bruchon-Schweitzer, 2002). Allant au-delà de ces trois principales stratégies de coping, notre étude ressort deux autres stratégies de coping auxquelles nos participants ont utilisé à savoir, des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects et des stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet pour mieux gérer leur situation d'angoisse. Il faut noter que chez nos participants, le recours à ces différentes stratégies de coping a été précédé par la consommation d'alcool comme stratégie de coping inadapté qui s'est malheureusement avérée inefficace pour gérer la détresse psychique.

Le modèle du coping associe donc les paradigmes comportementaux (Processus d'apprentissage en termes de conditionnements) et cognitifs (Analyse subjectifs d'une situation en fonction des modes de pensées conscientes ou automatiques, constitués au cours du développement, sans cesse reconstruits). Ainsi, les conduites sont appréhendées à travers les interactions présentes et passées entre l'individu et l'environnement. Ici, les perceptions, les attributions causales, les croyances, les valeurs et les attentes constituent autant de variables individuelles qui génèrent un comportement, contribuent à son maintien ou à son extinction (Smaniotto, 2008). Il en va de même pour la consommation d'alcool qui, malgré ses effets apaisant renvoie à une stratégie de coping.

6.2.2. Application de la théorie cognitivo-comportementale à la compréhension des processus cognitifs et comportementaux sur la gestion du vécu d'angoisse chez les adultes alcoolo-dépendants

La théorie cognitivo-comportementale est une méthode intensive et de courte durée qui met l'accent sur le moment présent et les problèmes qui surviennent au quotidien. Elle nous aide à mieux examiner la façon dont on interprète les événements qui surviennent et les effets de nos perceptions sur nos émotions. Elle fait intervenir les modèles comportementaux et d'apprentissage et le modèle cognitif.

6.2.2.1. Modèles comportementaux et apprentissage social

La théorie de l'apprentissage social reconnaît l'interaction entre une personne et son environnement. L'environnement extérieur est l'endroit où une personne peut observer une action, en comprendre les conséquences et trouver la motivation de la reproduire et de l'adopter.

Ainsi, la conduite alcoolique chez nos participants au regard des résultats obtenus peut s'expliquer par différents types d'apprentissage tels que conditionnement classique, conditionnement opérant, apprentissage social (pôle comportemental), et par l'activation de processus dysfonctionnels tels que schémas mentaux ; stratégies de coping [pôle cognitif] (Smaniotto, 2008).

6.2.2.1.1. Consommation d'alcool : réponse conditionnée

Aussi bien le conditionnement pavlovien que skinnérien peuvent être utilisés pour comprendre le recours abusif à la consommation d'alcool chez les individus à l'instar de nos participants.

- **La consommation d'alcool chez Pavlov**

Pavlov (cité par Smaniotto, 2008) met en évidence le conditionnement classique. C'est un mécanisme d'apprentissage produit par contiguïté de deux éléments environnementaux, que le sujet finit par combiner. De cette manière, un stimulus « conditionnel » (neutre) est exposé en association avec un autre, qui provoque habituellement une réponse « inconditionnelle », de sorte que le stimulus conditionnel finit par évoquer seul le résultat, alors appelé « réponse conditionnelle ». Plusieurs facteurs contribuent à la réussite de cet apprentissage : la répétition de l'association, le temps d'apparition entre les deux stimuli (qui doit être court), l'intensité du stimulus inconditionnel et enfin, l'état psychologique de l'organisme au moment de la présentation (Smaniotto, 2008). Nos résultats confirment cette idée qui s'observe chez M. X qui se sent détendu et apaisé après avoir consommé de l'alcool suite à une situation bouleversante.

Dans le cas de l'abus d'alcool, le stimulus inconditionnel (l'alcool), induit une réponse inconditionnelle (l'envie de boire). Si l'individu a l'habitude de boire en compagnie d'amis (stimulus neutre), la répétition de l'association entre l'alcool et cette situation va aboutir à la transformer en stimulus conditionnel. De cette manière, la seule rencontre avec ses amis va activer la réponse conditionnée (l'envie de boire). Un tel conditionnement peut, par la suite, mettre en danger l'abstinence. C'est le cas de nos résultats qui le prouvent chez Mme Y qui en situation de groupe (réunions/associations) est contrainte de boire pour soulager son stress.

Le conditionnement pavlovien est loin d'être le seul à pouvoir expliquer certains mécanismes d'apprentissages. Quelques années après Pavlov un autre type de conditionnement a vu le jour. Il s'agit du conditionnement opérant de Skinner.

- **La consommation d'alcool comme produit du conditionnement opérant**

Pour Skinner (Smaniotto, 2008), l'homme agit sur son environnement et les conséquences de cette action le conduisent à modifier son comportement. De ce fait, il finit par repérer ou, au contraire, éviter certains comportements. Les conséquences des actes viennent donc renforcer progressivement leurs conséquences. Il existe des renforcements positifs (Induisant une répétition des actes car les conséquences de l'action sont jugées plaisantes) et des renforcements négatifs

(Induisant un évitement des actes car les conséquences de l'action sont jugées déplaisantes) (Fernandez, Lafon & Sztulman, 1999). Nos résultats l'attestent à travers les propos de M. X qui déclare : « Quand j'ai bu, je me sens bien. J'oublie les problèmes que je vis, je ne pense plus à ça. [...] Quand j'ai les problèmes je bois. Pour moi, c'est quelque chose qui me donne le réconfort. Quand je bois, c'est comme si je suis réconforté malgré le fait que quelques minutes plus tard je me sens toujours angoissé ».

Certains évènements produisent à la fois des renforcements positifs et négatifs, comme par exemple le comportement d'alcoolisation. La consommation d'alcool est soutenue et alimentée par ses propres effets. Mme Y affirme à cet effet : « Lorsque je me sens perturbée par la moindre chose, je fais absolument recours à la consommation d'alcool, surtout lorsque l'occasion m'en est offerte, même si je suis consciente que l'effet tranquillisant de l'alcool ne durera que quelques instants ».

Lorsque que la réponse est favorable à l'issue de la consommation, cela génère un renforcement positif et négatif dans le cas contraire.

6.2.2.1.2. Consommation d'alcool : produit d'un apprentissage social

La théorie de l'apprentissage social a été élaborée par Bandura. Elle met en avant la sphère de la cognition, c'est-à-dire des processus conscients ou non par lesquels un individu va pouvoir s'adapter à des stimuli. En d'autres termes, cette théorie repose sur le processus d'identification dans les interactions humaines (Fernandez, Lafont & Sztulman, 1999). En ce qui concerne nos participants, cela renvoie à la stratégie de coping basée sur le soutien social. Il s'agit en effet, d'un apprentissage par imitation de modèles, encore appelé modelage basé sur le genre.

Pour nos participants, affronter la situation angoissante ici est centrée sur le soutien social à l'effet de le résoudre pour mieux rebondir. C'est le cas de Mme Y qui affirme : « Ayant appris à recourir aux personnes qui ont déjà vécu ma situation, j'adopte des comportements susceptibles de m'aider à affronter la difficulté à l'effet de trouver des solutions y afférentes ».

À l'inverse, le modelage peut être impliqué dans l'initiation des conduites d'alcoolisation (imitation des parents et/ou des pairs consommateurs) et dans leur maintien (condition pour garder sa position dans le groupe). En effet, il reste possible de pallier ces conduites en permettant au sujet d'apprendre d'autres comportements à partir de nouveaux modèles (Smaniotto, 2008). Nos résultats le confirment à travers les propos de M. X qui déclare : « Me

retrouver parfois avec des personnes qui cherchent à résoudre leurs problèmes sans forcément se noyer dans la consommation d'alcool me motive à mobiliser des ressources pour gérer au mieux les difficultés face auxquelles je suis confronté ».

Ainsi, pour (Fernandez, Lafont & Sztulman, 1999), l'anticipation est fondamentale chez l'être humain car la conscience de l'individu fait que la sélection d'un comportement ne s'opère pas d'une façon purement mécanique comme le laisse supposer le modèle de Skinner. Par exemple, chez nos participants alcoolodépendants, le besoin et le désir de consommer sont renforcés par les motivations, les croyances liées et à l'usage social de l'alcool. Ces participants recherchent d'autres liens, d'autres pôles d'attractions mais aussi les amitiés et les bandes (le soutien social). Celles-ci répondent à leurs besoins car elles reproduisent une microsociété en marge de celle des autres adultes qui leur permettent d'imposer des idées, des valeurs où l'alcool a un effet d'autorégulation (Apaisement des tensions, gestion des difficultés interpersonnelles, développement des rapports amicaux formels) (Fernandez, Lafon & Sztulman, 1999). Les modèles comportementaux ne peuvent à eux seuls permettre une meilleure compréhension des conduites d'alcoolisation. A ces modèles comportementaux, on associe la théorie d'apprentissage et les modèles cognitifs. Ici, nous présentons le modèle cognitif de Beck.

6.2.2.2. Modèle cognitif de Beck

La cognition regroupe les divers processus mentaux allant de l'analyse perceptive à la commande motrice, en passant par le langage, la mémoire, les émotions, etc. Ce modèle est donc centré sur le rôle de la compréhension subjective (Smaniotto, 2008). En 1993, Beck conçoit un système d'analyse et d'interprétation des stimuli se basant sur des structures d'organisation stables et durables, appelées « schémas ». Ces derniers évoluent tout au long de la vie, et ils correspondent à des structures abstraites de représentations de connaissances et des expériences antérieures (Découvelaere et al., cité par Smaniotto, 2008). Chez nos participants, la recherche constante des solutions au problème à partir d'une profonde réflexion pendant les moments de lucidité contribue à la production des idées, des moyens, des méthodes et stratégies constituent un atout majeur. C'est d'ailleurs le cas de Mme Y qui déclare en ces termes : « Lorsque je m'abstiens de boire l'alcool en situation d'angoisse, je réfléchis mieux dans le but de mobiliser des ressources pour gérer de manière efficace mes problèmes ».

Les schémas sont stockés en mémoire à long terme, et demeurent inconscients : ils ne sont accessibles qu'à travers les pensées automatiques qui leur sont associées. Les schémas gèrent

toutes les étapes du traitement de l'information : filtrage, organisation en mémoire, récupération, etc. Ils contribuent à la gestion de l'action en centrant le sujet sur certains stimuli (sensibilisation sélective). Ils s'activent selon les situations afin de les classer, interpréter, évaluer, etc. Les schémas donnent donc du sens au vécu. En effet, les schémas s'auto-renforcent car ils sécurisent le sujet en tant qu'ils représentent ce qu'il a toujours été. Ils saturent donc la pensée consciente du sujet. Le raisonnement logique et volontaire cède face aux distorsions cognitives, d'où l'émergence de comportements et d'émotions inadaptés.

De cette manière, dans le modèle cognitif de (Beck & Freemann, 1993) les conduites d'alcoolisation sont interprétées comme une stratégie apprise, et inadaptée à long terme, pour faire face à une situation aux problèmes, reflétant ces distorsions cognitives de ces schémas dysfonctionnels. Les Schémas Centraux Dysfonctionnels (SCD) regroupent les schémas addictifs. Sans être prédisposant, ces SCD contribuent au développement et au maintien de la conduite. Ils sont de deux types : ceux concernant la liberté, l'autonomie et la réussite personnelle, et ceux se référant aux relations (se croire accepter ou rejeter). Si le sujet se trouve dans une situation qui confirme ses croyances (rejet dans un contexte social), la force de ces dernières augmente, produisant un état émotionnel négatif (malaise). Le sujet se remémore que l'alcool a pu, par le passé, remédier à ce mal-être de manière efficace (schémas spécifiques). Cette situation étant la seule disponible, incite à la consommation d'alcool. De cette façon, afin d'obtenir des effets précis, l'usage d'alcool conduit le sujet à façonner des croyances à l'égard du produit (Beck & Freemann, 1993). Les schémas spécifiques (croyances) impliqués dans la conduite de consommation guident le comportement du sujet et peuvent se résumer dans le modèle ASP (Beck & Freemann, 1993) :

« A » renvoie aux croyances anticipatoires. Le sujet croit que l'alcool va augmenter son bien-être, améliorer ses performances, diminuer ses états de tension, etc. Au fur et à mesure que l'alcool répond à ses attentes, le sujet va s'en servir pour palier ses failles, d'où l'activation de croyances soulageantes. « S » se réfère aux croyances soulageantes, qui visent la réduction d'un malaise ou du manque (« boire m'aide à ... »). Ces croyances mènent souvent à la consommation. « P » se rapporte aux croyances permissives, qui justifient les alcoolisations en dépit de conséquences négatives. Le sujet s'autorise à consommer (« je l'ai bien mérité... ») et organise des plans d'action afin de trouver « des prétextes » à boire. C'est d'ailleurs ce qui transparaît dans nos résultats lorsque M. X qui affirme : « Quand j'ai bu, je me sens bien.

J'oublie les problèmes que je vis, je ne pense plus à ça. [...] Quand j'ai les problèmes je bois. Pour moi, c'est quelque chose qui me donne le réconfort. Quand je bois, c'est comme si je suis réconforté ».

D'après Folly & al., (cité par Smaniotto, 2008), l'envie de boire est accompagnée de sensations physiques qui s'apparentent à la faim, c'est un état ressenti comme viscéral. Ainsi, nos participants filtrent et analysent les événements à travers le prisme déformant de ces schémas : leur perception, leurs émotions et leurs pensées sont orientées pour n'anticiper que les conséquences positives de l'alcoolisation. En conséquence, plus que les situations en elles-mêmes, ce sont les schémas dysfonctionnels (et les pensées automatiques associées) qui conduisent à la consommation d'alcool. Beck et Freemann (1993) ont ainsi développé un modèle illustrant le maintien de la conduite de consommation d'alcool : la boucle cognitivo-comportementale est initiée par un stimulus interne (émotions négatives) ou externe (situation à problème : « parler devant un auditoire »), qui produit un schéma cognitif composé d'attentes et de croyances (« on se sent plus à l'aise en ayant bu »). Ce schéma s'exprime à travers des pensées automatiques (« boire me met à l'aise ») qui enclencheront l'envie de consommer. Cette envie sera soutenue par des croyances permissives (« un verre ne me fera pas de mal ») qui vont initier le de recherche d'alcool.

Les postulats de base en thérapie cognitivo-comportementale associent donc la pensée, l'émotion et le comportement d'où l'intérêt de cette approche cognitive de Beck (cité par Smaniotto, 2008) qui réside dans le fait qu'elle apporte une contribution certaine à une grande précision du problème. Cependant elle renvoie la plupart du temps le problème aux facteurs internes à la personne et atténue de ce fait les facteurs environnementaux. Pour cette analyse, nous ferons une discussion de nos résultats, ce en recourant de façon partielle au paradigme théorique de la consommation d'alcool chez nos participants recourant aux stratégies de coping dans le but de gérer au mieux leur angoisse.

6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans la présente section, nous confrontons les résultats acquis dans cette étude avec ceux obtenus dans les recherches précédentes. Nous ferons cette discussion sur trois principaux axes. Le premier axe est celui du vécu de l'angoisse et des stratégies de coping. Il s'agit ici d'interroger les autres études sur le faible ajustement psychologique des adultes consommateurs d'alcool et des stratégies de coping adoptées. Le deuxième axe apprécie l'impact des motivations à

consommer l'alcool. Quant au troisième axe, il convoque les résultats antérieurs sur l'interrelation entre la gestion d'angoisse et les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool. La comparaison se fait ici au travers des divergences entre les approches transactionnelles du coping et l'approche cognitivo-comportementale qui sous-tendent notre étude.

6.3.1. Vécu d'angoisse et stratégies de coping

Il existe une quantité substantielle d'évidences empiriques qui soutiennent l'idée selon laquelle la façon dont un individu s'adapte à la suite d'un événement angoissant exerce un impact très important sur son vécu traumatique (Aldwin, 1999). Dans cette étude, ce sont des stratégies de coping à travers notamment des stratégies de coping centrées sur le problème, particulièrement la recherche d'informations et les stratégies de résolution du problème ainsi que l'auto-accusation et l'acceptation de la confrontation; ensuite à travers des stratégies de coping centrées sur l'émotion, plus principalement l'évitement et le déni ; à travers des stratégies de coping centrées sur le soutien social, plus précisément la recherche du soutien tangible et la recherche du soutien social émotionnel et enfin à travers la mobilisation des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des et celles centrées sur la construction d'une relation à l'objet qui ont soutenu notre réflexion sur la compréhension du phénomène d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool. Ces données s'inscrivent dans le même sens que celles obtenues dans des études antérieures effectuées auprès des personnes confrontées à une situation stressante (Lazarus et ses collègues, 1984) et (Bruchon-Schweitzer, 2002). Celles-ci indiquent que les modes d'adaptation à l'angoisse chez les personnes angoissées sont couramment ceux dits passifs ou centrés sur la gestion des émotions (Dirkzwager & al., 2003; Fairbank & al., 1991). Par contre, les résultats obtenus à l'issue de certains travaux Marcello & Braconnier (2008); Lahrichi (2009) montrent que la consommation d'alcool serait auto-thérapeutique pour atténuer ou supprimer la détresse. Ces auteurs encouragent ainsi la consommation d'alcool chez les adultes en situation d'angoisse. Pour ces chercheurs, cela s'expliquerait par le fait que l'individu qui consomme l'alcool boit le plus souvent pour faire face aux événements stressants et angoissants qu'il est en train de vivre. C'est le cas de Fédora (2016) qui, dans son analyse sur la relation entre le genre, le stress chez les internes de la médecine générale affirme que consommer l'alcool est une stratégie de coping. Allant dans le même sens, Beck et Freemann (1993) à travers leurs résultats ont également développé un modèle illustrant le maintien de la conduite de consommation d'alcool dans des situations stressantes. C'est d'ailleurs le cas chez nos participants qui au début de leur souffrance

ont consommé régulièrement l'alcool dans le but d'inhiber leur angoisse. Ce qui n'a pas malheureusement pu résoudre leur problème de gestion d'angoisse. La consommation d'alcool est donc considérée chez nos participants comme un coping inadapté à la situation angoissante. Toutefois après avoir pris conscience de leur situation, ils décident d'abandonner la consommation d'alcool dans le but de mobiliser d'autres moyens (stratégies de coping) pour affronter leur angoisse. D'où l'élaboration des stratégies de coping centrées sur le problème, centrées sur le l'émotion et centrées sur le soutien social, D'autre part, Marcello & Braconnier (2008) ont tenté d'analyser le choix de consommation d'alcool assimilable à une consommation conviviale et récréative. Notre étude confirme cette thèse dans la mesure où la consommation d'alcool contribue chez nos participants à la mentalisation des affects ainsi qu'à la construction d'une relation à l'objet à visée cognitive, affective et sociale. Ce qui contribue à renforcer leur capacité de résilience. Cependant Lazarus et ses collègues (1978, 1984) et Bruchon-Schweitzer (2002) qui dans leurs travaux ont plutôt relevé trois styles de coping que sont: le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion et celui centré sur le soutien social que le sujet mobilise pour mieux rebondir. Ainsi, pour davantage mieux cerner le phénomène étudié dans cette étude, aborder les raisons qui poussent des adultes à consommer l'alcool enrichirait notre analyse.

6.3.2. Motivation à consommer l'alcool

Plusieurs raisons poussent des adultes à initier la consommation d'alcool : le plaisir, l'influence d'angoisse, l'expérimentation, l'imitation, etc. Dans notre étude, l'influence d'angoisse et le désir d'élaborer des stratégies de coping ont constitué les points de départ de consommation. Ces résultats sont parallèles à ceux obtenus dans une étude antérieure (Labrie e& al., 2011) effectuée sur les adultes alcooliques. Ceci pourrait s'expliquer chez des pairs ayant des aspirations d'élaboration des stratégies d'adaptation. Lorsque certains adultes au sein du groupe consomment l'alcool, le risque d'en faire l'expérimentation augmente par imitation ou par peur d'être rejeté (Bartholow & al., 2000). C'est le cas de nos résultats qui ont montré chez nos participants l'intérêt de faire comme leurs pairs dans l'initiation à la consommation d'alcool. D'autre part, nos résultats ont également montré que, même si les adultes s'initient dans la consommation d'alcool par plaisir, par imitation ou par désir d'appartenance à un groupe de pairs, la consommation accrue se fait souvent dans le but de réduire ou d'inhiber les malaises ou la souffrance vécue suite à des perceptions négatives de l'affect à l'origine de l'angoisse. Ces

résultats corroborent à ceux de Bègue (2017) qui avaient établi une relation entre abus physique et consommation de substances psychoactives. D'après cet auteur, certains adultes qui consomment des substances psychotropes, le font pour enfouir leurs émotions face aux agressions qu'ils ont subies en famille ou dans les milieux professionnels et associatifs. Toutefois, hormis l'alcool, nos participants n'ont aucunement fait recours aux drogues comme stratégie de coping pour tenter de gérer leur angoisse mais ont recouru aux stratégies de coping, ce à travers le coping-problème, le coping-émotion et le coping-soutien social ainsi que deux autres stratégies de coping : le coping centré sur la mentalisation des affects et le coping centré sur la construction d'une relation à l'objet.

6.3.3. Stratégies de coping liées à l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping représente l'«ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Pour Lazarus et ses collègues et Bruchon-Schweitzer le coping a deux fonctions principales permettant de modifier le problème qui est à l'origine du stress d'une part, et d'autre part de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et Launier, 1978). Ce qui n'est pas le cas dans notre étude qui en s'inspirant des travaux de Bruchon-Schweitzer & Quintard (2002) relatifs au modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel, de la mentalisation de Marty (1991) ainsi que ceux sur la théorie pulsionnelle Freudienne (1958) pour mieux comprendre le phénomène fait ressortir non seulement le coping centré sur le soutien social, mais intègre deux autres stratégies de coping à savoir, le coping centré sur la mentalisation des affects et le coping centré sur la construction d'une relation d'objet. Or des travaux antérieurs réalisés par Smaniotto (2008) sur l'alcool-dépendance comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, réalité externe perçue, réalité interne met en avant la consommation excessive d'alcool Sournia (1986) comme une réponse visant à faire face à l'angoisse. Greenberg & Padesky (2004); Neil & al., (2005) allant dans le même sens à partir des résultats de leurs recherches portant sur l'angoisse en tant qu'état de mal-être face auquel le sujet en souffrance cherche à s'en débarrasser consommer l'alcool est un moyen pour faire face.

Par contre, les résultats des travaux menés par Cohen, Leung, Fahey et al., (2008) sur les médecins généralistes internes anxieux et dépressifs, recourent aux stratégies de coping centrées

sur le problème et aux stratégies de coping centrées sur le soutien social pour gérer leur souffrance psychique. Ce qui corrobore partiellement aux résultats obtenus dans cette étude en lien avec les travaux de Lazarus & Folkman (1984); sur la théorie transactionnelle et cognitive de Beck (1976) ainsi que la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986) qui mettent en avant l'utilisation des processus cognitifs et comportementaux comme activateurs des stratégies de coping qu'un individu dans une situation de détresse mobilise comme réponses pour affronter ladite détresse. Ainsi, en nous appuyant sur la théorie du coping et sur celle dite cognitivo-comportementale mettant en jeu les processus cognitifs et comportementaux adaptés à chaque situation, nous avons montré dans notre étude comment les adultes consommateurs d'alcool dans la gestion de leur angoisse mobilisent en dehors de la prise d'alcool des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion, des stratégies de coping centrées sur le soutien social en y associant des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects et des stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet. Ce faisant, la théorie du coping et la TCC reposent sur l'hypothèse selon laquelle la façon dont une personne perçoit les événements détermine la façon dont elle agira (Smaniotto, 2008).

En effet, quelles que soient leurs situations, les êtres humains sont au quotidien emprunts à la souffrance psychique et doivent trouver des moyens pour la contrer et avancer. Notre étude ayant pour objectif majeur de comprendre comment la gestion d'angoisse chez des adultes consommateurs d'alcool s'opère à travers des stratégies de coping notamment basées sur le coping-problème, sur le coping-émotion, sur le coping-soutien social en y intégrant le coping-mentalisation des affects et le coping-construction d'une relation à l'objet, tente d'apporter un plus sur les travaux antérieurs. Ce qui ouvre la discussion qui nous permettra de mettre l'emphase sur les différentes stratégies de coping utilisées par nos participants.

6.3.3.1. Stratégies de coping centrées sur le problème

La stratégie de coping centrée sur le problème décrite par Vitaliano et al., (1985) consiste à établir un plan d'action et à le suivre, à accepter la détresse et sentir que l'on grandit de l'expérience. D'après nos résultats, la stratégie de planification et de résolution de problème décrivent les efforts déployés par nos participants pour analyser et modifier la situation.

Les stratégies actives de Carver et al., (1989) impliquent des actions directes pour éliminer le stresser ou ses négatifs. Il s'est agi premièrement chez nos participants à rechercher les informations et les stratégies de résolution du problème en terme de la mise sur pied d'un plan

d'action à suivre et deuxièmement faire recours à l'auto-accusation et l'acceptation de la confrontation en acceptant la détresse en ayant la volonté de sentir que l'on grandit de l'expérience.

La stratégie de planification de Carver et al., (1989) implique de réfléchir à la façon de gérer le stress et aux étapes pour y arriver. Chez nos participants, elle s'est observée par des efforts visant à établir de manière concrète un plan d'action et de le respecter pour gérer ou diminuer le problème qui est la cause du stress.

En résumé, les stratégies de coping centrées sur le problème sont orientées chez nos participants vers l'action (le « management » de l'événement), dans le but de changer la relation entre eux et leur situation par le biais des actions ayant ou non du succès ; dans ce cas, c'est le fait d'avoir tenté de faire quelque chose qui compte.

6.3.3.2. Stratégies de coping centrées sur l'émotion

Les résultats obtenus dans notre étude montrent que le coping émotionnel défini par Jalowiec (1991) consiste à s'inquiéter du problème. De même, le coping émotionnel de Rogers et al., (1993) implique de se sentir impuissant, déprimé, désespéré et de réduire ses activités. Toutefois, nos participants pour y faire face ont procédé par la décharge émotionnelle enfin par le désengagement mental et comportemental consistant à prendre du recul, la pratique d'exercices fréquents, éviter les facteurs de stress, l'exécution des tâches ménagères ainsi que prendre de la distance.

Comme autres moyens déployés par nos participants, nous avons observé la stratégie de ventilation des émotions (Carver et al., 1989) qui consiste à se concentrer et à exprimer la détresse causée par le stress. À travers cette stratégie ils ont notamment eu des comportements d'évitement et de déni ainsi que d'autres stratégies telles que la réinterprétation positive, la décharge émotionnelle et le désengagement mental et comportemental. Nous avons en effet remarqué que nos participants évitaient tout sujet et endroit en rapport à leur détresse.

En résumé, les stratégies de coping centrées sur l'émotion regroupent des stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'événement stressant.

6.3.3.3. Stratégies de coping centrées sur le soutien social

La stratégie de recherche de soutien social implique la recherche de soutien émotionnel et tangible, et la recherche d'informations auprès d'un tiers qui peut agir sur la situation décrite par Vitaliano et al., (1985), elle consiste à recueillir des informations sur la situation, à se confier

aux autres et à accepter leur sympathie, il transparaît de façon significative que les sujets ayant une forte capacité de mobilisation de recherche d'informations sont moins exposés aux dégâts psychiques générés par l'angoisse que ceux qui se déploient le moins. Dans notre étude, elle intègre en plus le recueil d'informations sur la situation, la stratégie de recherche de soutien social instrumental (Carver & al., 1989) qui consiste à partir des significations positives qu'ont des sujets sur la situation angoissante à rechercher des avis, de l'aide ou des informations appropriées à la situation. Nos participants s'inscrivent dans cette perspective dans la mesure où ils ont manifesté le désir à un moment donné de rencontrer un spécialiste pouvant les aider à faire face à la situation angoissante. Nos résultats ont d'ailleurs dévoilé que chez nos participants cela est déclenché par la recherche du soutien tangible qui s'appuie sur des actions directes et concrètes pour éliminer l'agent stressant ou ses effets négatifs. D'autre part, cela est également appuyé sur la recherche du soutien social émotionnel qui se fonde aussi bien sur l'élimination de la situation à la base de l'angoisse que sur les manifestations psychosomatiques.

La stratégie de recherche de soutien social émotionnel décrite par Carver et al., (1989) implique donc le recours au soutien moral et la recherche de sympathie ou de compréhension de la part des autres. Cela s'est observé chez nos participants à travers plusieurs stratégies adaptatives comme : parler à quelqu'un pour faire quelque chose de concret à propos de la situation, recevoir l'aide professionnelle, accepter la sympathie et la compréhension d'une personne que l'on respecte ou lui demander de l'aide au besoin de discuter de ses sentiments. Au-delà du recours au soutien social, la dépendance sociale (Elfstrom & al., 2002b) est une stratégie passive qui consiste à adopter des comportements dépendants vis-à-vis d'autrui. Nous l'avons observé chez nos participants à travers leur dépendance envers l'ancien travail (M. X) et du fils kidnappé (Mme Y).

En résumé, les stratégies de coping centrées sur le soutien social visent à recueillir des informations concrètes auprès des pairs dans le but de répondre efficacement à la détresse générée par l'angoisse. En fait, les stratégies de coping centrées sur le soutien social pour des raisons émotionnelles se rapportent à la recherche de soutien moral, de sympathie ou encore de compréhension.

D'autre part, dans notre étude à partir des résultats obtenus, il nous a été donné de constater comme dans les travaux de (Nagels, 2017); Gérard et Nagels (2017) et ceux de Massicotte (2015) portant sur la consommation d'alcool comme réponse adaptative, que les

stratégies de coping déployées par nos participants comme réponses sont flexibles, conscientes, différenciées, spécifiques par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement. Nos participants étaient donc libres d'adapter chaque stratégie à une situation précise et la changer lorsqu'ils constataient que ça ne marche pas. Ce qui n'est pas cependant le cas pour les mécanismes de défense qui sont rigides, inconscients, indifférenciés, liés à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciennes) (Stone & Neale, 1984), pour gérer les états d'angoisse. Ainsi, 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.

C'est dans ce sens qu'en nous inspirant de certains travaux sur le modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel de Bruchon-Schweitzer & Quintard (2002) , sur l'approche liée à la mentalisation de Marty (1991) et sur la théorie pulsionnelle Freudienne (1958) que nous avons pu ressortir à travers cette étude deux autres stratégies de coping que nos participants ont pu mobiliser pour faire face à leur situation d'angoisse : des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects et des stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet.

En ce qui concerne les stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects, a consisté chez nos participants d'avoir la capacité à percevoir et interpréter leur propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux dans le but de mieux affronter la situation angoissante (Marty, 1991). Cette stratégie consiste chez ces derniers à se focaliser essentiellement sur leur bien-être psychologique tout en prenant soin de leurs relations interpersonnelles.

S'agissant des stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet (Freud, 1958), chez nos participants adultes consommateurs d'alcool par leur capacité à nouer une relation forte avec la bière dans la mesure où se retrouver soit en compagnie des ami(e)s, soit en solitaire autour de quelques bouteilles de bière constitue un moyen efficace pour digérer et gérer l'angoisse. Cette stratégie s'opérationnalise à travers : **la construction d'une relation d'objet à valeur cognitive** (production et renforcement des idées positives), **la construction d'une relation d'objet à valeur affective** (création et renforcement du sentiment de fierté et de sécurité personnelle ou collective, d'assurance, de confiance et d'estime de soi) et **la construction d'une relation d'objet à valeur sociale** (création et construction des liens

sociaux permettant non seulement à nos sujets de mieux affronter la situation angoissante, mais aussi de pouvoir améliorer leurs relations et communications interpersonnelles (Picard et Marc, 2020).

Avant de conclure cette partie de notre étude sur la discussion liée aux stratégies de coping selon le patient face à un événement jugé menaçant peut utiliser à la fois un coping centré sur le problème, un coping centré sur l'émotion, le coping centré sur l'émotion, un coping centré sur le soutien social, un coping centré sur la mentalisation des affects et un coping centré sur la construction d'une relation à l'objet face au même événement. Il convient de noter qu'aucune stratégie n'est jugée ni « bonne », ni « mauvaise », l'essentiel étant d'utiliser celles qui semblent les mieux adaptées à chaque situation angoissante donnée.

En définitive, les stratégies de coping qui impliquent le recours à la résolution de problème, au soutien émotionnel, au soutien social, à la mentalisation des affects et à la construction d'une relation à l'objet sont globalement reliées à l'ajustement psychologique des adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse.

Nous venons de confronter nos résultats à ceux des études antérieures. Il en ressort aussi bien des points de convergence que de divergence. Toutefois, l'originalité de notre travail se situe au niveau du fait qu'en plus d'être d'actualité, il adopte une démarche basée sur une approche holistique et intégrative et car associant non seulement les trois variables liées aux stratégies de coping que sont le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion ainsi que le coping centré sur le soutien social mais fait également ressortir deux autres stratégies de coping, celles centrées sur la mentalisation des affects et celles centrées sur la construction d'une relation à l'objet. Ainsi, en nous inspirant donc des travaux de Bateman, Fonagy et Allen, (2006) sur le modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel, nous militons à travers notre étude pour un coping inclusif. La suite de ce chapitre sera consacrée aux implications, aux perspectives et aux recommandations de l'étude.

6.4. IMPLICATIONS, PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE

Avant de conclure cette étude, nous aimerions ouvrir le sujet à certaines implications, perspectives et recommandations qu'elle nous offre.

6.4.1. Implications de l'étude

Depuis quelques années, la problématique de la consommation d'alcool comme stratégie adaptative dans la gestion d'angoisse constitue un problème de santé publique, ce en lien avec la

santé mentale (état de quiétude, de bien-être intérieur). De plus en plus, notre société soumet l'individu à des situations psycho-traumatisantes qui exigent de lui une bonne dose accrue de résilience. C'est dans ce sens que nous avons pu apprécier à travers nos résultats que le coping est un processus dynamique, changeant, en mouvement, en permanence influencé par de multiples facteurs. En quelque sorte, nous pouvons affirmer que c'est un concept multidimensionnel, et grâce à nos résultats, on voit bien qu'il intervient dans de nombreux processus, et non de manière restrictive. Il n'y pas de « bon » ou « mauvais » coping, et un même coping peut être bénéfique sous certains aspects et non pour d'autres. Il est important de ne pas rechercher forcément le « coping efficace », et cette étude nous montre en fait l'intérêt de développer le coping « en général », puisqu'il est en lien avec les paramètres d'équilibre psychique et de soutien d'aide chez les adultes alcoolo-dépendants en situation d'angoisse. Toutefois, dans cette étude, nos résultats ont montré que la consommation d'alcool à elle seule ne saurait être un moyen efficace pour lutter contre l'angoisse chez les patients adultes. À travers cette étude, il s'agit donc de mettre l'accent sur l'utilité d'un suivi psychologique des adultes alcoolo-dépendants internées dans des centres spécialisés et vivant dans une situation d'angoisse en tenant compte de manière globale des stratégies de coping. Elle révèle que l'ajustement psychologique des adultes consommateurs d'alcool psychotraumatisés n'est pas essentiellement tributaire à la consommation d'alcool. Au-delà de ces implications cette étude ouvre d'autres pistes de réflexions : des perspectives et recommandations.

6.4.2. Perspectives de l'étude

Nous avons étudié la compréhension de la contribution des stratégies de coping dans la gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool.

Cette approche par les stratégies de coping des adultes alcoolo-dépendants en situation d'angoisse peut avoir des retombées en terme d'éducation thérapeutique, de psychoéducation, et même de prévention. Évaluer les stratégies utilisées par les patients adultes alcoolo-dépendants en situation d'angoisse pourrait apporter une nouvelle connaissance supplémentaire sur l'aide dont ils ont besoin, afin de prévenir une mauvaise observance et l'apparition d'état anxio-dépressif. On sait que certaines thérapies telles que la relaxation, la désensibilisation, la désensibilisation systématique peuvent contribuer à gérer le stress et les situations angoissantes, pourquoi ne pas les proposer aux patients plus « à risque » ? Il existe déjà ailleurs ainsi qu'en contexte camerounais des psychothérapies cognitives et comportementales développant les capacités de

coping « cognitive Behavioral Coping Skill Thérapie », ce sont des approches focalisées sur les processus cognitifs, et elles sont beaucoup utilisées pour la prise en charge des addictions alcooliques, pourquoi ne pas d'avantage les développer au Cameroun ? Le sujet appelle à être étudié et développé encore.

À partir de la mentalisation des affects ainsi que la construction d'une relation à l'objet, les adultes consommateurs d'alcool font preuve de résilience en mobilisant des stratégies adaptatives pour faire face à leur angoisse. Autrement dit, cette étude a révélé qu'au-delà des significations (interprétations) négatives en rapport aux processus cognitifs, mentaux et psychologiques que l'adulte associe à son vécu dans la recherche des stratégies d'adaptation génèrent certes en lui un état de mal-être qu'il tente d'inhiber en consommant l'alcool, car ne disposant pas assez de moyens efficaces pour gérer la détresse émotionnelle doit de manière individuelle et permanente mobiliser des moyens efficaces autres que la consommation d'alcool telles que des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion, des stratégies de coping centrées sur le soutien social et des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects et des stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet pour mieux affronter la menace dans le but de s'épanouir.

Pour continuer à questionner la façon dont l'angoisse retentit chez l'adulte alcoolodépendant, nous envisageons une étude clinique éclectique ou multiforme, c'est-à-dire une étude qui se situe à l'intersection de la recherche en clinique (qui est objectivante) et de la recherche clinique (qui est non objectivante). Aussi, il sera nécessaire de reproduire des études semblables à la nôtre sur des échantillons plus larges et différents afin de produire des données comparatives nécessaires à la généralisation de nos résultats. Par exemple l'échantillon pourra être constitué d'adultes consommateurs d'alcool basés sur le genre (sexe masculin et sexe féminin) faisant recours aux stratégies de coping afin de comparer les résultats obtenus à l'issue de l'étude dans le but d'apprécier le sexe qui mentalise le mieux pour s'adapter lorsqu'il est confronté à l'angoisse.

6.4.3. Recommandations de l'étude

Le coping étant un processus dynamique, changeant, en mouvement, en permanence est influencé par de multiples facteurs. Il est d'ailleurs multidimensionnel et exige de la part du patient de développer en permanence des stratégies de coping adaptées à chaque situation en fonction du contexte. Pour ce faire, en psychothérapies, l'analyste ne doit privilégier aucune stratégie de coping par rapport à une autre, d'autant plus qu'il n'y pas de « bonne » ou «

mauvaise» stratégie de coping. Une même stratégie de coping peut être bénéfique sous certains aspects et non pour d'autres. Chez les patients adultes alcoolodépendants souffrant d'angoisse, les stratégies de coping ne sont pas unidimensionnelles, elles sont multifactorielles et varient en fonction de chaque situation vécue.

Ainsi, pour le personnel de santé, notamment ceux qui font la prise en charge du traumatisme lié à l'angoisse, l'étude réitère l'importance de la prise en compte des signifiants ainsi que le sens que les patients souffrant d'angoisse attribuent aux situations ou événements angoissants face auxquels ils sont exposés. Au cours de la thérapie, et avec l'aide du thérapeute, les patients vont identifier, saisir les schémas cognitifs afin de renforcer leurs comportements adaptés. À partir d'une thérapie comportementale (TCC) qui consiste progressivement, à dépasser les symptômes invalidants, tels les rituels, les vérifications, le stress, les évitements, les inhibitions, les réactions agressives, les cognitions erronées, les pensées automatiques dysfonctionnelles ou la détresse à l'origine de souffrance psychique, le thérapeute accompagne le patient dans l'acquisition de nouvelles compétences utiles pour faire face à d'éventuelles difficultés, contribuant ainsi à la relation d'aide (Rogers 1942).

Au fait, on observe que des relations entre les différents aspects intervenants dans le bien-être des patients adultes alcoolodépendants en situation d'angoisse ne sont pas linéaires, et que les processus intervenant de manière transactionnelle sont en mouvance permanente. Les dernières études de Brouchon- Schweitzer & Quitard (2002) sur le modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel (TIM) indiquent que nous aurions beaucoup à gagner à étudier encore l'apport du coping-mentalisation des affects et du coping-construction d'une relation à l'objet dans ce modèle multifactoriel, ce que notre thèse confirme. Aussi, à travers la sensibilisation du développement des comportements basée sur la résilience, nous avons dans cette étude à partir des résultats, vu que c'est un aspect bénéfique dans la conduite des prises en charge des patients adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse.

Nous avons plusieurs résultats impliquant l'influence bénéfique de ce soutien dans l'angoisse chez les adultes alcoolodépendants : par le coping centré sur la mentalisation des affects, par le coping centré sur la construction d'une relation à l'objet corrélés par la situation familiale et par la diversion sociale. Il pourrait être très intéressant d'en connaître plus précisément les mécanismes afin de développer ce soutien en pratique clinique via les familles de patients. L'étude des stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool en situation

d'angoisse est un apport essentiel pour la connaissance clinique et le bien-être des sujets, qui demande à se développer.

Ce dernier chapitre de notre étude nous a permis de ressortir la signification des résultats à la lumière de la théorie du coping et celle liée à la théorie cognitivo-comportementale et tirer des conclusions. Cette étude nous a également permis d'évaluer les implications, les perspectives et formuler quelques recommandations susceptibles d'aider les recherches futures.

CONCLUSION GÉNÉRALE

On prête souvent à Hipocrate les mots suivants : « Lorsqu'on tombe malade il faut changer sa manière de vivre car il n'y a pas guérison sans effort mental et spirituel », (cité par Baillère, 2004). Il s'agit bien de cela lorsque l'on évoque le cas de la gestion d'angoisse, intervenant principalement chez les adultes consommateurs d'alcool, et entraînant des conséquences de rythme de vie, de choix pour la vie entière, en ayant toujours en tête l'alcoolodépendance en rapport aux travaux antérieurs de Bacon et al., (2010). En fait, quelle que soit la situation d'un être humain, il est au quotidien emprunt à la souffrance psychique et doit trouver des moyens pour la contrer et avancer. Nous avons dans cette perspective intitulé notre étude : Stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool : une étude clinique des patients en situation d'angoisse à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Afin d'illustrer cette problématique, nous avons commencé par effectuer une description généraliste de l'angoisse et de son impact psychologique sur le sujet. Nous avons vu ensuite que de nombreux facteurs psychosociaux avaient leur influence dans la psychologie des troubles psychiques générés par l'angoisse et dans leur apparition. Les différentes approches psychopathologiques considèrent la question selon un angle différent, leur point commun étant l'expression de la question de gestion d'angoisse occasionnée par des situations et événements stressants de sa vie antérieure et de l'acceptation de nouvelles limites. Ceci n'est pas sans conséquence au plan émotionnel et comportemental, allant même jusqu'à des états anxio-dépressifs caractérisés. Leur prévalence est particulièrement significative chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse.

La psychologie clinique et la psychopathologie est une discipline prenant de l'ampleur, contribuant à la restauration de la santé mentale, apporte des réponses intéressantes sur la gestion d'angoisse et la capacité à faire face aux événements douloureux. Différents modèles ont été décrits. Celui de la théorie cognitive de Beck (1979) celui de Beck & Freemann (1993) sur la théorie cognitivo-comportementale celui de Lazarus et Folkman, (1984) avec leur approche transactionnelle a été revisité et étudié pour donner à nos jours le modèle traditionnel-intégrati-multifactoriel de Bouchon-Schweiter Quitard (2002). De plus, nous avons également évoqué le concept de mentalisation de Marty (1991) pour mieux appréhender le phénomène portant sur la difficulté de gestion d'angoisse en rapport avec l'alcoolodépendance chez les adultes. Nous nous

sommes intéressés à ces modèles et leurs différents intervenants interagissant, dont un concept plutôt récent : le concept de « coping » (en anglais) ou faire face (en français).

Depuis son intégration dans les concepts psychologiques dans les années 1960, le coping ne cesse d'être étudié, notamment pour son implication clinique. Nous avons repris sa conceptualisation et son impact depuis ces années-là, et identifié les différentes dimensions qu'il comporte : coping centré sur le problème principal, coping centré sur l'émotion, et, selon les études, la dimension du soutien social.

Nous avons fait un constat qui nous a révélé selon des travaux antérieurs de Bacon et al., (2010) que pour faire face à l'angoisse, certaines personnes en l'absence du soutien social et familial préfèrent consommer l'alcool pour motif de coping. Pour ces personnes, l'alcool agit comme un antidote à leur sentiment de tristesse. À partir de là, s'est posé le problème de la gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool à travers la mobilisation des stratégies de coping. Ce qui a suscité la question de recherche suivante : Comment les stratégies de coping contribuent-elles à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool ?

Une revue de la littérature à ce propos nous a permis de comprendre comment les stratégies de coping contribuent à gérer l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool à travers des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion et des stratégies de coping centrées sur le soutien social afin d'évaluer son impact dans la gestion d'angoisse sur l'équilibre psychologique et son lien avec des situations angoissantes chez les adultes alcoolodépendants.

Pour y répondre, nous avons émis l'hypothèse générale suivante : les stratégies de coping contribuent à gérer au mieux l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool. L'objectif visé quant à lui consistait d'appréhender comment ces stratégies de coping contribuent-elles à gérer l'angoisse chez les adultes alcoolodépendants.

Pour atteindre de manière pratique l'objectif de cette étude, nous avons fait usage de la méthode clinique en nous basant sur l'étude de cas. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons obtenu deux participants. Il s'est agi de deux adultes alcoolodépendants ayant été consultés à l'HJY. L'un âgé de 45 ans (X. M) et l'autre de 38 ans (Mme Y) qui répondaient aux critères préalablement établis. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au moyen des entretiens sémi-directifs. Les résultats que nous avons pu obtenir ont été analysés grâce à deux techniques d'analyse. D'abord, nous avons fait usage de

l'analyse de contenu de type thématique qui nous a donné quatre thèmes principaux. Il s'est agi du contexte d'émergence de l'angoisse et le recours à la consommation d'alcool, des stratégies de coping centrées sur le problème, des stratégies de coping centrées sur l'émotion et des stratégies de coping centrées sur le soutien social. Ensuite, nous avons fait une analyse séquentielle pour compléter l'analyse thématique. Cette dernière nous a permis de saisir la suite des événements vécus par nos participants et la façon dont ils ont réagi à ces événements en rapport à leur contexte.

Les résultats ont été interprétés à travers diverses approches de la théorie cognitivo-comportementale de Beck et Freeman associée à celle du coping rendant compte des conduites d'alcoolisation. Les approches retenues sur l'apprentissage étaient celles de Bandura, Pavillon et Skinner. Il s'est agi de relever les éléments de sens, de signification (Beck & Freemann, 1993) qui élucidaient la façon dont le vécu d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool les amène à mobiliser des stratégies de coping dans le but d'affronter la menace.

Malgré que les approches utilisées dans l'interprétation des résultats restent pertinentes dans l'explication du problème que pose cette étude, nous sommes allés au-delà de la théorie du coping élaborée par Lazarus et ses collègues qui ne présente que deux fonctions principales à travers le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion ainsi que le coping centré sur le soutien social selon certaines études pour nous inspirer du modèle transactionnel-intégratif-multifactoriel de Bouchon-Schweiter et Quintard (2002), de Marty (1991) sur la mentalisation pour mieux comprendre le phénomène qui non seulement nous a permis d'apprécier l'impact de deux autres stratégies de coping mobilisées par nos participants : des stratégies de coping centrées sur la mentalisation des affects et des stratégies de coping centrées sur la construction d'une relation à l'objet. Nos résultats nous confortent à l'idée selon laquelle il faut globalement que le patient mobilise des stratégies de coping pour mieux gérer son angoisse. Ce qui nous a permis à travers cette étude de parler humblement du modèle « coping inclusif » (CI).

Nous avons donc présenté notre étude illustrant le rôle de ces stratégies de coping sur la gestion d'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool. Nous avons à cet effet pu comprendre ce rôle assuré par les stratégies de coping particulières à l'angoisse qui a effectivement une répercussion importante chez les adultes alcoolodépendants. Cependant il

faudra évidemment d'autres études similaires sur une population un peu plus large que la nôtre pour confirmer ces résultats et les compléter.

Il nous paraît essentiel dans notre pratique clinique et dans le regard que nous portons à nos sujets, d'avoir toujours à l'esprit cette notion d'adaptation, de mise en mouvement, et de potentiel de changement pour les aider à faire face à ce qu'ils vivent lorsqu'ils viennent nous voir : des événements difficiles et stressants. Cette perspective nous permet de garder un regard humain dans une approche holistique de la personne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence Camerounaise de Presse. (2021). *Consommation d'alcool : Le Cameroun occupe la 2ème place au classement africain*. <https://agencepressecamertest.com>
- Akhtar, S. (2014). *Sources of suffering : Fear, greed, guilt, deception, betrayal, and revenge*. Karnac. <https://www.karnacbooks.com>
- Aldwin, C. M. (1999). *Stress, coping, and development: An integrative approach*. Guilford. <https://www.guilford.com>
- Allison., Kenneth, R., Adlaf., Edward, M., Mates. et Donna. (1997). *Life strain, coping, and substance use among high school students*. Journal Article Base de données, <https://www.researchgate.net>
- American Psychological Association. (2006). <https://psycnet.apa.org>
- Antonius, R. (2007). *Ce que doit inclure un projet de mémoire ou une thèse*. <http://classiques.uqac.ca>
- Bacon. et Ham, L,S. (2010). *Attention to social threat as a vulnerability to the development of comorbid social anxiety disorder and alcohol use disorders: an avoidance-coping cognitive model*, *Addictive behaviors*, 35, 925-939. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Baker, A. et Thornton, L, K. & Lubman, D, I. (2012). *Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review*, *Journal of Affective Disorders*, 139, 219-229. N.I.F (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Collection : Quadriges. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Barnett, J. E., Elman, N. C., Pittsburgh., Baker, E. K. et Gary, R. S. (2007). *In Pursuit of Wellness: The Self-Care Imperative*. Focus on ethics, <https://www.researchgate.net>
- Barnwell S. S., Borders A. et Earlywine M. (2006). *Alcohol-aggression expectancies and dispositional aggression moderate the relationship between alcohol consumption and alcohol-related violence*, *Aggressive Behavior*, 32 517-527.DOI : 10.1002/ab.20152.

- Bartholow, B. D., Sher, K. J., & Wood M. D. (2000). *Personality and substance use disorders: a prospective study*. J Consult Clin Psychol 68: 818-829. in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2006). *Mentalizing and borderline personality disorder*. In J. G. Allen. & Fonagy, P (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 185–200). John Wiley & Sons, Inc. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Baumrind, D. (1991). *The influence of parenting style on adolescent competence and substance use*. Journal of Early Adolescent, 11 (1). APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapies and emotional disorders*. Scientific Research Publishing, <https://www.scirp.org>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, <https://www.guilford.com>
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1993). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. : Guilford Press. ResearchGate, <https://www.researchgate.net>
- Beck, F. Guignard, R. Léon, C. et Richard, J. B. (2010). *Atlas des usages de substances psychoactives*. Santé publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr>
- Bègue, L. (2017). *L'alcool favorise-t-il les conduites d'agression physique et verbale entre partenaires intimes ? Perspectives psychologiques*. Dossier : Violences conjugales et justice pénale. OpenEdition Journals, <https://journals.openedition.org>
- Benmeziane, H. (2013). *L'anxiété en lien avec les accidents de la circulation*. Mémoire de Master en Psychologie Clinique (Université MIRA Abderrahmane Béjaïa). <http://www.univ-bejaia.dz>
- Bergeret, J. (1972). *Les toxicomanes parmi les autres*. Édit Odile Jacob, <https://www.odilejacob.fr>
- Bergeret, J., Main, M. & Barderie, M. (1996). *La psychologie à l'écoute du toxicomane* : P.U.F, <https://www.persee.fr>
- Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., Garnier, Ph., M. D., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J. Reuchlin, M. & Casalis, D. (1999). *Dictionnaire fondamental de psychologie* : Larousse-Bordas, <https://www.doc-developpement-durable.org>
- Breuer, J. & Freud, S. (1957). *Studies on hysteria*. New York: Basic Books, <https://www.valas.fr>
- Bruchon-Schweitzer, M. & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies : Stress, coping, et ajustements*. Dunod. Persée, <https://www.persee.fr>

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Concepts, Stress, Coping: le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Recherche en soins infirmiers. Sigb.Net, <https://ifpek.centredoc.org>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Manuel de psychologie de la santé* : Dunod, <https://www.dunod.com>
- Brunelle, N., Cousineau, M.-M. & Brochu, S. (2002a). *La famille telle que vécue par les jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile*. Drogue, santé et société, 1 (1), 01-21. Retrieved from <http://www.drogues-sante-societe.org>
- Brunelle, N., Cousineau, M. M. et Brochu, S. (2002b). Trajectoires types de la déviance juvénile : *Un regard qualitatif*. *Revue canadienne de criminologie*, 44(1), 1-31. <https://extranet.puq.ca>
- Camart, N., Gérard, C., Varescon, I., Huc, A.-S. & Detilleux, M. (2008). *Stress et coping chez des patients alcoolo-dépendants consultants*. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. Volume 18. <https://www.em-consulte.com>
- Campenhoudt, L. V. & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd.). : Dunod, <https://www.dunod.com>
- Carpenter, K. et Hasin, D.S. (1999). *Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: A test of three alternative explanations*. J. Stud. Alcohol, 60, 694-704. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Carver, C. S., Scheier, M.F. et Weintraub, J. K. (1989). *Assessing Coping Strategies: A theoretically approach*, Journal of Personality and Social Psychology, 56, 267-283. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Catteeuw, M. & Fernandez, L. (2001). *La recherche en psychologie clinique* : Nathan, <https://www.cairn.info>
- Cheng, C. (2003). *Cognitive and motivations processes underlying coping flexibility : A dual process model*. Journal of Personality and Social Psychology 84(2): 425. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Chouanière, D. (2008). *Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé*. La santé de l'Homme. 397:4-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

- Claude, G. (2021). *Les types d'entretien : directif, semi-directif ou non-directif*. scribbr.fr, scribbr.fr <https://www.scribbr.fr>
- Cohen, S., Cohen, S., Cohen, S. & Williamson, G. M. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*, In S. Spacapan et S. Oskamp (Eds.), *The Social psychology of health*. Scientific Research Publishing, <https://www.scirp.org>
- Cohen, J. S, Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L. & Sinha, R. (2008). *The happy docs study: a Canadian ass physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada*. BMC Research note, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Cohen, J. S. (2008). *Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada*, N.I.H (.gov) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Conger, J. (2016). *Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism*. Quarterly Journal Of Studies On Alcohol. [Internet] 1956 [cited March 18, 2016] . Available from : PsycINFO, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Costa, P.T., Somerfield, M. R. & Mc CRAE, R.R. (1996). *Personality and coping : a reconceptualization*. In M. Zeidner et. N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping : Theory, research, applications*. Scientific Research Publishing, <https://www.researchgate>
- Davies, J. (2012). *The importance of suffering : The value and meaning of emotional iscontent*. Routledge, <https://www.routledge.com>
- Denoux, p. (2006). *Stress and aging. A counter-cultural development of locus of control and coping behavior in the elderly*. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Dionne, B. (1998). *Guide méthodologique pour les études et la recherche*, 3e éd. Études vivantes. p. 190-196. WordPress.com, <https://denveill.files.wordpress>
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I. & Henk M. Van Der Ploeg, H. M. (2003). *Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study*. ResearchGate, <https://www.researchgate.net>
- Discour, V. (2007). *Etat des lieux des recherches*. In P. Huerre & F. Marty (Eds.). *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse* : Albin Michel, <https://www.scienceshumaines.com>
- DSM4-TR. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement*. *Psychaanalyse*, 4^{ème} édition. adere-paris.fr, <https://adere-paris.fr>

- Échelle d'Anxiété d'Hamilton. (Ref: Hamilton MC .(1959), *Hamilton anxiety rating scale -HAM A-*). Éditeur : P.U.F, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
- Eisenhardt, K. M. (1989). *Building Theories from Case Study Research*. *The Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4 (Oct., 1989), pp. 532-550 (19 pages). <https://doi.org/10.2307/258557>.
- Elfstrom, M. L., Kreuter, M., Ryden, A., Persson, L.-O. et Sullivan, M. (2002). *Effects of coping on psychosocial outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons*. *Spinal Cord*. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Endler, N. S. et Parker, J. D. A. (1990). *The multidimensional assessment of coping : A critical evaluation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Endler, N, S. et Parker, J.D. (1994). *Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies*. *Psychol Assess*. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Fernandez, L., Lafon, E. & Sztulman, H. (1999). *Analyse textuelle de la conduite addictive des fumeurs de cigarettes consultant pour sevrage tabagique*. *Revue européenne de psychologie appliqué*, 49 (3), 199-212. DICAMES, <https://dicames.online>
- Fernandez, L. & Catteuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique : Nathan*. Collection Fac Psychologie. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Fernandez, L. et Pedinielli, J. L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Dans *Recherche en soins infirmiers*. Cairn.info <https://www.cairn.info>
- Folkman S., Lazarus R. S., Pimley S. et Novacek J. (1978), *Age differences in stress and coping processes*, *Psychology and aging*, vol. 2, n° 2, p. 171-184. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Folkman S. (1984), *Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 46, p. 839-852. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Folkman S. et Lazarus R. S. (1984), « *If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination* », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 48, p. 150-170. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>

- Fortin, F. et Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale, le SCL-90-R*. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières. WorldCat, <https://www.worldcat.org>
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Education, <https://www.cheneliere.ca>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. 2nde Edition, Chenelière éducation. Scientific Research Publishing, <https://www.scirp.org>
- Freud, S. (1908). *Les théories sexuelles infantiles*, in *La vie sexuelle*. P.U.F, Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Librairie Gallimard, <https://www.librairie-gallimard.com>
- Freud, S. (1917). Conférence 25, *L'angoisse*, in *Introduction à la psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, Psychanalyse, <https://psychanalyse.com>
- Freud, S. (1917). *Introduction à la Psychanalyse*. Petite bibliothèque Payot, <https://psychanalyse.com>
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Presses Universitaires de France, Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation* (1929), Paris, Presses Universitaires. Internet Archive, <https://ia600607.us.archive.org>
- Freud, S. (1933). Conférence 32, *Angoisse et vie pulsionnelle*, in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Editions Gallimard. Psychanalyse, <https://www.psychanalyse.com>
- Freud, S. (1997). *Abrégé de psychanalyse*. PUF, collection Bibliothèque de psychanalyse; L'inconscient, 1915 dans *Œuvres complètes, Psychanalyse*. P.U.F, <https://www.puf.com>
- Freud, S. (1978). *Théories des pulsions*, in *Abrégé de psychanalyse*.
- Freud, S. (1899). *L'interprétation des rêves*, *Œuvres complètes*, tome IV, 1899-1900. P.U.F, 2004. <https://www.puf.com>
- Frisch, R. (2018). *Histoire de la publicité de la bière au Togo*. Soif d'authenticité, Mémoire de master, Sciences. Academia.edu, <https://www.academia.edu>

- Gallup International. (2018). *Quel est le pays où les habitants sont les plus stressés au monde ?*
Menu, Ouest France, <https://www.ouest-france.fr>
- Garzon, G. et Vignau, J. 1995. *Les théories psychodynamiques. In L'angoisse de séparation*, In L'angoisse de séparation, sous la dir. de Daniel Bailly, p.61-75. Archipel UQAM, <https://archipel.uqam.ca>
- Gauthier, B. (1992). *Recherche sociale*. Sillery, Presses de l'Université du Québec. Persée, <https://www.persee.fr>
- Ghiglione, R. & Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu et contenus d'analyses*. Dunod, p. 57. OpenEdition Journals, <https://journals.openedition.org>
- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative* : Éditions EMS. Archive ouverte HAL, <https://hal.science.halshs.00440011>
- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. Persée, <https://www.persee.fr> > doc > homs...
- Graziani, P. et Swendsen, J. (2005). *Le stress: émotion et stratégies d'adaptation*, p.77. Dunod, <https://www.dunod.com>
- Guentcheff, I. (2014). *Le traitement de l'angoisse du sujet dément : Exorde pour une métapsychologie de la démence au stade sévère*. Thèse de doctorat en anthropologie et de Psychologie Cognitive et Sociale (Lapcos/EA 7278) (Université Nice Sophia-Antipolis). Theses.fr, <https://www.theses.fr>
- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. Academic Press. Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Little Brown. National Institutes of Health (.gov), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Pergamon Press. Academia.edu, <https://www.academia.edu>
- Hic, c. (2007). Home / *Troubles anxieux / Quelques chiffres sur les troubles anxieux*. Newsletter Santé sur le Net. Anxiete.fr, <https://www.anxiete.fr>
- Hinshelwood, R. D. (2000). *Dictionnaire de la pensée kleinienne*. Trad. de l'anglais par Jacqueline Parant . 580 p. P.U.F, <https://www.puf.com>
- Holahan, C. & Moos, R. (1991). *Life stressors, personal and social resources, and depression : A 4-years structural model*. Journal of Abnormal Psychology, 100, 31-38. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>

- Holahan, C. J., Moos, R. H. & Bonin, L. (1997). *Social support, coping, and psychological adjustment: A resource model*. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 169–186). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1843-7_8.
- INSER. (2023). *Pour le plaisir : C'est quoi la dopamine ?* Temps de lecture. Inserm, <https://www.inserm.fr>
- INSPQ. (2016). *Conséquences de la consommation d'alcool*. <https://www.inspq.qc.ca>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2021). *Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau à multiples visages*. Inserm, <https://www.inserm.fr>
- Jalowiec, A. (1991). *Psychometrics Results on the 1987 Jalowiec Coping Scale*. [Document non publié Chicago]. Loyola University. JSTOR, <https://www.jstor.org>
- Journal le Jour. (2023). *Consommation excessive d'alcool au Cameroun*. *LeJour.cm*, <https://lejour.cm>
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset.-L. J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Institut de la statistique du Québec. Banque de données des statistiques officielles, <https://bdso.gouv.qc.ca>
- Kapsambelis, V. (2007). *Les fonctionnements psychotiques : une psychopathologie psychanalytique [1]* Dans *Psychologie clinique et projective* 2007/1 (n° 13), pages 9 à 33. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. et Leaf, P. J. (1996). *The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization*. *pubmed logo*. Advanced User Guide. National Institutes of Health (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. et Walters, E. (2005). *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, *Archives of General Psychiatry*, 62, 6, 617-27. National Institutes of Health (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Kierkegaard, S. (1935). *Le concept d'angoisse*. Gallimard. Librairie Gallimard, <https://www.librairie-gallimard.com>

- Klein, M. (1952b). *L'angoisse et la culpabilité*. Chap.in *Développements de la psychanalyse*, sous la direction de Klein, M., P. Heimann, S. Isaacs et I. Riviere, p.223-253. Trad. de l'anglais par W. Baranger. Archipel UQAM,<https://archipel.uqam.ca>
- Klingemann, H. et *Organisation mondiale de la Santé*. Bureau régional de l'Europe. (2001). L'alcool et ses conséquences sociales : dimension oubliée. W H O, <https://apps.who.int>
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). *Hardiness and health: A prospective study*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Krummel, M.F. et Allison, J.P. (1995). CD28 and CTLA-4 deliver opposing signals which regulate the response of T cells to stimulation observed increase in the risk of autoimmune disease. *J. Exp. Med.* 182, 459–465. National Institutes of Health (.gov) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- L'Écuyer, R. (1990). *L'analyse de contenu: notion et étapes*, In Deslauriers J.-P. (Eds.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (pp. 207-225). Presses Universitaires du Québec. Association pour la recherche qualitative, <http://www.recherche-qualitative.qc.ca>
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode gps et concept de soi*. Presses de l'Université du Québec, p. 31. Presses de l'Université du Québec, <https://www.puq.ca>
- La clinique E- santé. (2023). *Crise de panique ou d'angoisse : comment faire la différence ?* <https://www.la-clinique-e-sante.com>
- Lacan, J. (1962-1963). Le Séminaire, 10, *L'angoisse*.
- Lacan, J. (2011). *La relation d'objet et les structures freudiennes : Compte rendu de Pontalis, J.-B*, agréé par le Dr Lacan. Dans *Bulletin de psychologie* 2011/6 (Numéro 516), pages 503 à 518. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Lagache, D. (1946). *La Méthode clinique en psychologie humaine*. [tiré à part]. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Lahrichi, S. (2009). *Intoxications alcooliques aigües à l'adolescence : Expérience sur un an à l'hôpital d'enfants de Nancy (Doctoral dissertation)*. Université Henri Poincaré, Nancy 1, Nancy. Retrieved from http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
- Laplanche. et Pontalis, B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, sous la dir. de Daniel Lagache, 12e éd . P.U.F, <https://www.puf.com>

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation(b)*, dans Gentry (W. D.), Handbook of behavioral medicine: Guilford press, p. 282-325. S.R.P, <https://www.scirp.org>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company, Inc. Scientific Research Publishing <https://www.scirp.org>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1988). *The relationship between coping and emotion. Social and scientific Medicine*, National Institutes of Health. .26, 309-317. (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih>
- Lazarus, R. & Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between persons and environment*, in L. A. Pervin et M. Lewis (Eds), Perspectives in international psychology. Plénum, p. 287-327. Springer, <https://link.springer.com>
- Le petit Larousse (2008). Librairie Eyrolles, <https://www.eyrolles.com>
- Le petit Larousse illustré. (2008). Fnac <https://www.fnac.com>
- Lecoultré, V. et Schutz. (2009). *Effect of a small dose of alcohol on the endurance performance of trained cyclists*. pubmed logo. Advanced. User Guide. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Lejoyeux, M. et Cardot, H. (2001). *Alcoolisme, anxiété et dépression. Santé mentale au Québec*. Érudit, <https://www.erudit.org>
- Marcelli, D. et Braconnier, A. (2008). *Adultes et psychopathologie*. Elsevier Masson. ScienceDirect, <https://www.sciencedirect.com>
- Marie, J. (2011). *L'angoisse dans la clinique : de Freud à Lacan, la dimension structurelle et la place de l'angoisse*. Psychologie. Université Toulouse le Mirail. HAL Thèses, <https://theses.hal.science>
- Marmolejo, M. del C. (2023). *Relation entre la consommation d'alcool et le comportement suicidaire : une étude de cohorte*. Thèse de doctorat.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Presses universitaires de France. Université de Lorraine, <https://ulyse.univ-lorraine.fr>
- Marty, P. (1991), *Mentalisation et psychosomatique*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Massicotte, R. (2015). *Les stratégies de coping comme prédicteurs de la résilience et de la psychopathologie chez des personnes vivant avec une lésion à la moelle épinière*, Thèse de

- doctorat en Psychologie (Université du Québec à Montréal). Archipel UQAM, <https://archipel.uqam.ca>
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.C. & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale* : Gaétan Morin. IDS Normandie, <https://infodoc.irtsnormandie.ids.fr>
- McCrae, R. R. (1984). *Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge*. Journal of Personality and Social Psychology, 46(4), 919–928. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.919>.
- Mouquet, M. C. et Villet, H. (2002). *Etudes et Résultats*, n°192 - Septembre 2002 - Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Observatoire Français des drogues et des tendances addictives. Haut Conseil de la santé publique, <https://www.hcsp.fr>
- Mve Ona, U. L. (2006). *La consommation d'alcool en milieu scolaire : cas de la ville de Yaoundé* (Master's thesis). Institut Sous-Régional de la statistique et d'Economie Appliquée (ISSEA). Mémoire Online, <https://www.memoireonline.com>
- Neil, N. R. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale: Guide d'information*. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Centre for Addiction and Mental Health, <https://www.camh.ca>
- Nguimfack, L. (2008). *Réadaptation des mineurs délinquants placés en institution à l'environnement familial au Cameroun contemporain*. Implication des thérapies familiales systémiques. Thèse de Doctorat en Psychologie (Université Charles-De-Gaulle-Lille3, Lille). Thèses.fr, <http://www.theses.fr> ›
- Norberg, M. M., Norton, A. R. et Olivier, J. (2010). *Social Anxiety, Reasons for Drinking, and College Students*, Behavior therapy. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Observatoire français des drogues et des tendances addictives en France. (2005). *Les niveaux d'usage des drogues en France*. <https://www.ofdt.fr>.
- Observatoire français des drogues et des tendances addictives en France. (2019). *Drogues et addictions*, données essentielles. OFDT, <https://www.ofdt.fr>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux enjeux*. World Health Organization, <https://apps.who.int>

- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* : auteur. World Health Organization, <https://apps.who.int>
- Ougock, O. (2019). *Cameroun : la consommation des boissons traditionnelles explose*. Koaci, <https://www.koaci.com>
- Paillé, P. (1996). *De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier*. Recherches qualitatives. 15 (1), 179-194. Universitas Ahmad Dahlan, <https://www.erudit.org>
- Patterson, G. R. & Reid, J. B. (1984). *Social interactional processes within the family : The study of the moment-by-moment family transactions in which human social development is imbedded*. J Appl Dev Psychol, 5(3), 237–262. N.I.H (.gov), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Paulhan, I. (1992). *Le concept de coping*, L'année psychologique. Persée, <https://www.persee.fr>
- Paulhan, I. et Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement*. Collection Nodules. P.U.F, <https://www.puf.com> › content
- Pearlin, L. I. et Schooler, C. (1978). *The structure of coping*. Journal of Health and Social Behavior, 19(1), 2–21. <https://doi.org/10.2307/2136319>.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique* : Presse Universitaire de France. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Petot, D. (2018). *La névrose d'angoisse, l'anxiété généralisée et la question du trouble panique et de l'agoraphobie chez l'enfant*. Dans *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant* (2018), pages 61 à 97. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. et Raybaut. (1984). *Les récits de vie*. Théorie et pratique.PUF. Persée, <https://www.persee.fr>
- Pope, C. et Mays, N. (1995). *Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research*. British Medical Journal, 311, p. 42-45. N.I.H (.gov), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Reynaud, M. (2016). *Comprendre les addictions : l'état de l'art*. Dans *Traité d'addictologie*. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Richard, J. B., Palle, C., Guignard, R., N'Guyen-Thanh, V, Beck, F. et Arwidson, P. (2014). *La consommation d'alcool*. Evolutions. Avril 2015;32:1-6. Santé publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr>

- Rogers, C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris, ESF. ESF Sciences Humaines, <https://www.esf.scienceshumaines.fr>
- Rogers, D., Jarvis, G. et Najarian, B. (1993). *Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies*. *Personality Individual Differences*, 15(6), 619-626. ScienceDirect, <https://www.sciencedirect.com>
- Rolland, J.-P. (1998). *Manuel du CISS* : Les Éditions du Centre de Psychologie appliquée. Adaptation française de l'inventaire de coping pour situations stressantes de N. S. Endler et J. D. A. Parker. Cairn.info, <https://www.cairn.info>
- Saunders, J. B. Aasland O.G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. et Grant, M. (1993). *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II*. *Addiction*. P.791-804. National Institutes of Health (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Segal, H. (1969). *Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein*. Persée, <https://www.persee.fr>
- Sillamy, N. (1991). *Larousse, dictionnaire de la Psychologie*. Rakuten, <https://fr.shopping.rakuten.com>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Smaniotto, B. (2008). *Contribution aux recherches sur l'alcool-dépendance : étude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, réalité externe perçue, réalité interne* (Doctoral dissertation). Université de Nancy 2, Nancy. Université de Lorraine, <https://hal.univ-lorraine.fr>
- Sournia, J.-C. (1986). *Histoire de l'alcoolisme : L'histoire des attitudes sociales face aux alcooliques et celle des moyens inventés pour combattre ce fléau social*. Editions Flammarion. Editions Flammarion, <https://editions.flammarion.com>
- Stevens, S. (2009). *Influence of alcohol on the processing of emotional facial expressions in individuals with social phobia*, *British journal of Clinical Psychology*, 48, 125-140. APA PsycNET, <https://psycnet.apa.org>
- Stewart, S. H., Loughlin, H. L. et Rhyno, E. (2001). *Internal drinking motives mediate personality domain — drinking relations in young adults*. *Personality and Individual Differences*, p.271–286. ResearchGate, <https://www.researchgate.net>

- Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). *New measure of daily coping: Development and preliminary results*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 892–906. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.892>.
- Thomas, S. (2003). *Drinking to Cope in Socially Anxious Individuals: A Controlled Study, Alcoholism*. Clinical and Experimental research. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Untas, A., Koleck, M., Rasclé, N. & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). *Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé*. ScienceDirect, <https://www.sciencedirect.com>
- Vaillant, G. E., Bond, M. et Vaillant, C.O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms, *Archives of General Psychiatry*, 43, 786-794.
- Valentiner., David, P., Charles, J., Holahan. & Moos, R. H. (1994). *Social support, appraisals of event contrabability, and coping : An interrogative model*. *Journal of Personality and Social Psychology* 66(6): 1094. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Varescon, I. & Camart, N., Gérard, C. et Detilleux, M. (2005). *Évènements de vie et stratégies d'adaptation chez des sujets consultant pour leur problématique alcoolique*, *Alcoologie Addict*. *Alcoologie et Addictologie*, <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr>
- Vial, M. (1998). *L'évaluation dans le domaine de la santé. Conférence au séminaire de Grenoble du GREIF : Education et évaluation dans le domaine de la santé*. Michel Vial, <http://www.michelvial.com>
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. et Becker, J. (1985). *The ways of coping checklist : revision and psychometric properties*. *Multivariate behavioral research*, p. 3-26. N.I.H (.gov), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Wittchen, H.-U. (2011). *Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus fréquents*. Psychomédia en ligne. Psychomédia, <http://www.psychomedia.qc>.
- Woodside, A. G. & Wilson, E. J. (2003). *Case study research for theory-building*. *Journal of Business and Industrial Marketing*. ResearchGate, <https://www.researchgate.net> 18(6/7):493-508.DOI:10.1108/08858620310492374

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)

*"Laboratoire de Psychologie du
Développement et du Mal
Développement"*



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I
Faculty of Arts, Letters and Social Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)

**"Developmental and Bad
Developmental Psychology
Laboratory"**

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur TSALA TSALA Jacques-Philippe**, Professeur des Universités, Chef de Département de Psychologie ;

Certifie que **M. KENMOGNE CHENIN Jean Merlo**, Matricule **14E907**, est inscrit au **Niveau V** à l'Université de Yaoundé I, au Département de Psychologie option Psychopathologie et Clinique, et poursuit actuellement un travail de recherche sur le thème suivant : « **Angoisse et stratégies d'ajustement chez les adultes alcooliques : Une étude de cas** ».

Sous la Direction de Pr KETCHA WANDA Germain Jean Magloire, Maître de Conférences.

Ce travail de recherche l'oblige à s'adresser à certaines institutions ou à certains services en vue de la collecte des données nécessaires à la finalisation dudit travail.

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le 15 janvier 2019.

Le Chef de Département

Jacques-Philippe TSALA
Professeur

Annexe 2 : Demande de mise en stage

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I
Faculty of Arts, Letters and Social Sciences
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroun)

Yaoundé, le 02 Novembre 2018

LE CHEF DE DEPARTEMENT DE
PSYCHOLOGIE

À

Monsieur le Directeur de l'Hôpital
Jamot
Yaoundé-Cameroun



OBJET : Demande de mise en stage

Nous venons par la présente correspondance solliciter la mise en stage académique non rémunérée de l'étudiant en Master 1 de Psychologie, option Psychopathologie et clinique, la nommé **KENMOGNE CHENN JEAN MERLEO**, matricule 14E907.

Nos étudiants sont tenus d'effectuer un stage d'imprégnation en Master. Ce stage en milieu professionnel pourrait commencer dès votre accord de principe. Sa durée est de six mois.

Les objectifs spécifiques y afférents sont : comprendre les problématiques du secteur dans lequel ils feront le stage et les moyens mis en œuvre dans ce secteur, comprendre le secteur d'activité concerné et montrer les enjeux des missions qui leur ont été assignées et ce en rapport avec leurs connaissances théoriques. Par ailleurs, si le suivi professionnel des stagiaires relève de la compétence de vos collaborateurs, l'encadrement académique sera assuré par les enseignants du Département de Psychologie.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Chef de Département


17 JAN 2019
Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé

Nom du chercheur et fonction : KENMOGNE CHENIN JEAN MERLO

Etudiant Master II/Psychopathologie et Clinique/Université de Yaoundé I. Tel : 694 28 18 76 / 674 55 89 85/e-mail : merlokenmogne2016@gmail.com

Sujet : Stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool : une étude clinique des patients en situation d'angoisse à l'Hôpital Jamot de Yaoundé.

Ce projet de recherche vise à appréhender comment les stratégies de coping aident à gérer l'angoisse chez les adultes alcoolo-dépendants. De manière plus spécifique, il vise à comprendre comment les stratégies de coping centré sur le problème, ensuite le coping centré sur l'émotion et enfin le coping centré sur le soutien social agissent respectivement sur la résolution des situations angoissantes chez les adultes consommateurs d'alcool. Ce projet permet à l'adulte de mieux saisir le sens qu'il a des stratégies de coping lorsqu'il se sent dans un état d'angoisse. Voilà donc ce que propose d'explorer cette étude.

Cette étude nécessite à cet effet des adultes en situation d'angoisse qui consomment l'alcool. Ceci sera rendu possible à travers des entretiens. Ceux-ci porteront sur votre consommation d'alcool ainsi que sur les stratégies de coping que vous adoptez pour gérer votre angoisse. Ces entretiens pourront se faire en deux ou trois journées avec une durée moyenne de 45 minutes chacun. Ils se dérouleront dès votre accord de principe au sein de la salle d'écoute du service de « Psychiatrie B » sous l'onction du responsable du secrétariat permanent de ce service de l'HJY.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous serez soumis aux entretiens. Vous aurez l'opportunité d'avoir une meilleure compréhension de votre situation personnelle. Cependant, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions.

Votre participation à l'étude est libre et volontaire. Le consentement peut être retiré à tout moment. La recherche se déroulera sous anonymat et aucun élément permettant de vous identifier ne sera utilisé. Les entretiens sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera annotée au dossier clinique du participant ni divulguée à qui que ce soit de quelle que manière que ce soit. Ces données ne pourront être utilisées qu'à des fins strictement scientifiques. Vous pouvez maintenant ou plus tard poser des questions.

.....

RÉPONSE DU PARTICIPANT

Je reconnais que le processus de recherche décrit sur ce formulaire et dont je possède une copie est compris. Je sais que je peux poser des questions maintenant ou plus tard sur l'étude. On m'a rassuré que les données seront gardées confidentiellement et qu'aucune information ne sera publiée ou donnée relevant mon identité sans mon consentement. Je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps.

Par la présente, je consens librement que je participe complètement à l'étude.

Date et signature du participant

Date et signature du chercheur

Annexe 4 : Échelle d'anxiété d'Hamilton

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?					
	Consigne : Encercliez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

© Ce document est un outil complémentaire au livre *La Consultation infirmière*, ouvrage collectif publié aux éditions Lamarre. IS, 2014. Isbn: 978-2-7573-0735-9 (DR). Chapitre 13, « Consultation d'accompagnement du deuil » de Isabelle Sanselme.

Annexe 5 : Test d'AUDIT

Questions	0	1	2	3	4	Score
1) A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2) Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	4 ou 5	7 à 9	10 ou plus	
3) Au cours d'une même occasion, combien de fois arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4) Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5) Dans les douze derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous-a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6) Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par moi	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7) Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8) Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passée la nuit précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	1 fois par semaine	
9) Vous étiez-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui mais dans l'année passée		Oui mais au cours de l'année dernière	
10) Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a mconseillé de la diminuer ?	Non		Oui mais dans l'année passée		Oui mais au cours de l'année dernière	

Score total

Interprétation du score final	Femme	Homme
Risque faible ou anodin	Inférieur de 6	Inférieur de 7
Abus ou usage nocif	Entre 6 et 12	Entre 7 et 12
Alcoolodépendance soupçonnée	Supérieur à 12	Supérieur à 12

Annexe 6 : Échelle de CISS

Nom _____ Age _____ Sexe _____ Date _____
 Profession _____ Niveau d'études _____ Situation familiale _____

CONSIGNES : Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de réaction habituel. Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 à 5 en passant par des réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

	Pas du tout			Beaucoup		
	1	2	3	4	5	Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
	1	2	3	4	5	1. Mieux organiser le temps dont je dispose
	1	2	3	4	5	2. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre
	1	2	3	4	5	3. Repenser à de bons moments que j'ai connus
	1	2	3	4	5	4. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes
	1	2	3	4	5	5. Me reprocher de perdre du temps
	1	2	3	4	5	6. Faire ce que je pense être le mieux
	1	2	3	4	5	7. Me tracasser à propos de mes problèmes
	1	2	3	4	5	8. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation
	1	2	3	4	5	9. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping »
	1	2	3	4	5	10. Définir, dégager mes priorités
	1	2	3	4	5	11. Essayer de dormir
	1	2	3	4	5	12. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris
	1	2	3	4	5	13. Me sentir anxieux(se) de ne pas pouvoir surmonter la situation
	1	2	3	4	5	14. Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e)
	1	2	3	4	5	15. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires
	1	2	3	4	5	16. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver
	1	2	3	4	5	17. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation
	1	2	3	4	5	18. Sortir au restaurant ou manger quelque chose
	1	2	3	4	5	19. Etre de plus en plus contrarié(e)
	1	2	3	4	5	20. M'acheter quelque chose
	1	2	3	4	5	21. Déterminer une ligne d'action et la suivre
	1	2	3	4	5	22. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire
	1	2	3	4	5	23. Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis
	1	2	3	4	5	24. M'efforcer d'analyser la situation
	1	2	3	4	5	25. Me bloquer et ne plus savoir que faire
	1	2	3	4	5	26. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation
	1	2	3	4	5	27. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs
	1	2	3	4	5	28. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti
	1	2	3	4	5	29. Rendre visite à un(e) ami(e)
	1	2	3	4	5	30. Me tracasser à propos de ce que je vais faire
	1	2	3	4	5	31. Passer un moment avec une personne (intime)
	1	2	3	4	5	32. Aller me promener
	1	2	3	4	5	33. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais
	1	2	3	4	5	34. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales
	1	2	3	4	5	35. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils
	1	2	3	4	5	36. Analyser le problème avant de réagir
	1	2	3	4	5	37. Téléphoner à un(e) ami(e)
	1	2	3	4	5	38. Me mettre en colère
	1	2	3	4	5	39. Ajuster mes priorités
	1	2	3	4	5	40. Voir un film
	1	2	3	4	5	41. Prendre le contrôle de la situation
	1	2	3	4	5	42. Faire un effort supplémentaire pour que les « choses marchent »
	1	2	3	4	5	43. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème
	1	2	3	4	5	44. Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation
	1	2	3	4	5	45. M'en prendre à d'autres personnes
	1	2	3	4	5	46. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable
	1	2	3	4	5	47. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation
	1	2	3	4	5	48. Regarder la télévision
	1	2	3	4	5	

Copyright © 1990 by Multi-Health Systems, Inc. International copyright in all countries under the Berne Union, Bilateral, and Universal Copyright Conventions. Not to be translated or reproduced in whole or in part, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, photocopying, mechanical, electronic, recording or otherwise, without prior permission in writing from Multi-Health Systems, Inc. All property rights reserved by Multi-Health Systems Inc., 65 Overlea Blvd., Suite 210, Toronto, Ontario, Canada, M4H 1P1.

Copyright © 1998 by les Editions du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20. Tous droits réservés.

Annexe 7 : Guide d'entretien

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTE

Identifiant :..... Religion :.....
Âge :..... Rang dans la fratrie :.....
Sexe :..... Ethnie :.....
MOTIF DE CONSULTATION :.....
HISTOIRE DU SUJET :.....

Bonjour ! Je m'appelle Jean Merlo. Je suis Étudiant en Psychologie à l'Université de Yaoundé I. Je mène une étude sur les stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse à l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Ainsi, je m'intéresse aux adultes. J'aimerais que nous parlions de ta consommation d'alcool et de la gestion de ton angoisse. Aussi, avec ton accord, je souhaite que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens.

Thème 1 : contexte d'émergence de l'angoisse et consommation d'alcool ;

Thème 2 : stratégies de coping centrées sur le problème ;

Thème 3 : stratégies de coping centrées sur l'émotion

Thème 4 : stratégies de coping centrées sur le soutien social.

Annexe 8 : Contenu des entretiens avec M. X

NB : les noms utilisés dans les entretiens sont des pseudonymes et non des noms réels des participants. Nous avons choisi ces pseudonymes afin de garantir l'anonymat sur la personne de chaque participant.

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans l'une des salles d'écoute de « Psychiatrie B » de l'HJY, le Jeudi 21 Février 2019 de 10H10 à 10h55.

Étudiant : bonjour.

M. X : merci, bonjour.

Étudiant : je m'appelle Jean Merlo. Je suis Étudiant en Psychologie à l'Université de Yaoundé I. Je mène une étude sur les stratégies de coping chez les adultes en situation d'angoisse. Je m'intéresse aux adultes. Ainsi, J'aimerais que nous parlions de ta consommation d'alcool liée à la gestion d'angoisse. Aussi, avec ton accord, je souhaite que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant la fiche consentement éclairé.

M. X : ok ! Pas de problème.

Étudiant : bien que je connaisse déjà ton nom, peux-tu te présenter une fois de plus?

M. X : je m'appelle M. X, j'ai 45 ans et je suis Ffuldé, originaire de la région du Nord et précisément du département de la Bénoué. Je suis l'aîné d'une fratrie de 5 enfants. Je suis marié et père de 3 enfants de sexe masculin. Je suis ex employé dans une ONG située dans la ville de Yaoundé.

Étudiant : combien d'enfants ont tes parents et quel rang occupes-tu ?

M. X : Je suis l'aîné d'une fratrie de cinq enfants dont trois garçons et deux filles.

Étudiant : quelle est ta religion ?

M. X : je suis de religion chrétienne d'obédience protestante.

Étudiant : ok ! Concernant les débuts de ta consommation d'alcool, peux-tu m'en parler ?

M. X : ça ne fait pas encore longtemps que j'ai commencé à consommer l'alcool. J'ai commencé à consommer l'alcool fin 2016 alors qu'étant jadis chrétiens charismatique, j'avais pourtant pris la

ferme résolution de ne jamais goûter à l'alcool. Au début de ma consommation je n'avais pas de goût. Je buvais presque tous les goûts... c'était ma toute première fois de goûter à l'alcool. Je pouvais consommer même trois bouteilles de bière de goûts différents. Je me rappelle que la première fois c'était dans un bar situé non loin de mon domicile sous l'invitation d'un collègue. Ce jour-là, mon collègue m'a offert trois bouteilles de bière dont j'ignore jusqu'à présent les goûts que j'ai d'ailleurs bues sans relâche. C'est lorsque j'achevais ma troisième bouteille que j'ai commencé à sentir mon corps comme si j'avais les vertiges. Essayant de marcher, je titubais.

Étudiant : étant donné que tu consommais l'alcool pour la première fois, veux-tu bien me dire ce qui t'a motivé à boire ce jour-là.

M.X : je t'assure que c'est mon collègue qui m'a poussé à boire suite à mon licenciement dans la structure où je travaillais. Le jour où on m'a annoncé mon licenciement, j'ai cru à une blague. Même lorsque les vigiles m'ont raccompagné hors du bâtiment, je n'avais toujours pas intégré cela. Pour preuve le lendemain de mon licenciement je suis arrivé au service à 8h comme d'habitude avant de me voir refuser l'accès au bâtiment. Plus le temps passait plus je sentais comme un vide en moi. Ce licenciement fut pour moi une très grosse surprise en ce sens que deux jours avant mon responsable me consultait et voyait avec moi la planification de nos activités sur le long terme en me confiant des missions plutôt importantes. Quelques temps après mon licenciement, un collègue venu me rendre visite pour m'apporter son soutien m'a proposé d'aller dans un bar environnant boire, question de discuter au calme. La prise de la première bouteille m'a donné la sensation de revivre. Depuis ce jour, la boisson s'est progressivement imposée comme moyen d'apaisement de la situation. C'est alors que j'ai pu goûter à l'alcool pour la première fois. C'est comme ça que tout a commencé. C'est ainsi que j'ai progressivement pris goût à l'alcool.

Étudiant : dans ce cas, parle-moi de l'évolution de ta consommation depuis ce jour ?

M. X : Depuis la sensation de bien-être procurée par la consommation d'alcool avec la visite de mon collègue, je ne ratais plus une occasion de boire. Ce qui a été renforcé par le rapprochement d'un certain nombre de voisins habitués des débits de boissons. C'est donc comme ça que de fil à aiguille j'ai progressivement augmenté mes doses. J'ai finalement pris goût à la "Isenbeck". Après ce jour, on a multiplié les sorties. On allait dans les bars dansants ou dans les snacks. Je prenais de plus en plus plusieurs bouteilles. Chaque fois qu'il y avait une nouvelle bière, je cherchais toujours à goûter cette bière malgré que je raffolais beaucoup plus la "Isenbeck". C'est

une bière qui me convient plus. Il fallait que je prenne au moins quatre bouteilles de "Isenbeck" pour commencer à tituber. Au début, la plupart de mes sorties étaient avec mes amis. C'est avec le temps quand j'ai commencé vraiment à boire, que je sortais parfois seul. C'était surtout quand j'avais les problèmes à la maison. Au début, au moment où je sortais plus avec mes amis, le jus ne faisait pas parti de nos boissons. J'ai donc commencé à boire l'alcool à cause de mes compagnons essentiellement alcoolodépendants. Point de boisson sucrée pendant nos sorties.

Étudiant : d'accord ! Qu'est-ce qui te motivait à consommer régulièrement l'alcool ?

M. X : ce sont les multiples sorties. Au fur et à mesure que je sortais c'est comme ça que je buvais aussi beaucoup.

Étudiant : et si tu me parlais de ce qui te motivait à multiplier tes sorties.

M. X : Honnêtement, l'alcool est la seule chose qui me permettait de rester sans penser et réfléchir à cette situation vraiment embarrassante que je vis depuis mon licenciement. De plus, je ne supporte plus rester en présence de ma femme et de mes enfants parce que je me sens inutile depuis la perte de mon boulot malgré le fait que quelques temps après ce licenciement j'ai pu avoir un autre job. Ce qui me pousse à sortir boire. À longueur de journée le fait de voir des gens aller et revenir du boulot, me faisait penser à ma situation de sans emploi, faisant ainsi ressurgir mon sentiment de culpabilité et d'inutilité familiale et sociale. Et je me rappelle cela à chaque instant sans même le vouloir.

Étudiant : à t'écouter, tu te sens plus détendu lorsque tu bois ?

M. X : oui, comme je t'ai précédemment dit l'alcool est la seule chose qui me permet de rester sans penser et réfléchir à cette situation vraiment embarrassante que je vis depuis mon licenciement. je me sens bien lorsque je bois.

Étudiant : ok je vois. Peux-tu d'avantage m'édifier sur cette sensation de bien-être que tu expérimentes quand tu bois ?

M. X : quand je bois je me sens bien. J'oublie les problèmes que je vis, je ne pense plus à ça. Les sorties pour moi étaient déjà devenues comme une obsession. Par contre quand je ne sors pas, je suis mal à l'aise. À la maison je n'étais pas très bien, j'avais toujours peur d'être inutile parce que n'étant pas capable de subvenir aux besoins fondamentaux de ma famille. C'est ce qui fait que je voulais toujours sortir pour aller boire et quand j'étais dehors je buvais et dès que j'ai bu j'oubliais tout ça.

Étudiant : et comment te sens-tu quelques temps après avoir bu ?

M. X : je me sens toujours bien. Je me sens bien parce qu'une fois que j'ai déjà bu, je suis plus calme. Quand je reste par contre à la maison sans sortir, je me sens mal à l'aise, mais dès le moment que je sors et que je bois, je suis plus à l'aise, je suis plus calme. Bref, je me sens apaisé

Étudiant : d'après toi, que représente la consommation d'alcool dans ta vie ?

M. X : bon, quand j'ai des problèmes je bois. Pour moi c'est quelque chose qui me donne le réconfort. Quand je bois c'est comme si je suis réconforté. Je me sens apaisé. Je ne sais quoi dire (en hochant la tête et les épaules). Quelque part ça me permet de mieux réfléchir et de me détendre.

Étudiant : la consommation d'alcool t'apporte-t-elle quelque chose dans la vie? Si oui peux-tu, m'en parler ?

M. X : oui je peux dire que ça m'apporte quelque chose, car comme je l'ai précédemment dit, je me sens apaisé et consolé quand je bois. Je me sens plus fort, j'ai l'impression que je réfléchis mieux et que je suis moins seul. Vous savez, au début je buvais avec mes amis, mais avec le temps j'ai commencé à boire seul surtout quand je veux bien réfléchir, quand je veux mettre les idées au clair dans ma tête.

Étudiant : est-ce que cela signifie que l'alcool est un compagnon pour toi, puisque tu te sens moins seul quand tu bois ?

M. X : oui quand je bois, je me sens moins seul. C'est comme si je suis toujours avec quelqu'un même si je bois toujours seul. En fait, parfois quand je commence à consommer, je suis seul. Quelques temps après, certains amis me rejoignent.

Étudiant : comment peux-tu expliquer le fait que tu consommes souvent tout seul ?

M. X : c'est comme ça que je suis ces derniers temps. J'aime être seul, parce que j'ai l'impression qu'on ne me comprend pas. Personne ne me comprend, même quand je parle quelque chose, on ne prend pas ça au sérieux.

Étudiant : est-ce que ceci peut signifier que l'alcool vient combler un vide en toi ou dans ta vie ?

M. X : peut-être. À partir du moment où j'oublie mes soucis et surtout le traumatisme lié à mon licenciement inattendu.

Étudiant : ok ! Mais crois-tu que ton bien-être se trouve diminué ou augmenté par la consommation d'alcool ?

M. X : pour dire vrai, c'est un sentiment mitigé. Parfois je me sens bien quand je bois. Parce que quand je bois, je suis plus heureux et je me sens moins seul et moins triste. Mais après ce temps d'euphorie, les mêmes problèmes me hantent.

Étudiant : ok ! Nous allons arrêter ici pour ce jour. Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Nous nous verrons la semaine prochaine.

M. X : je t'en prie.

DEUXIÈME ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans l'une des salles d'écoute de « Psychiatrie B » de l'HJY, le Jeudi 21 Février 2019 de 11H05 à 11H45.

Étudiant : bonjour X. M.

M. X : bonjour.

Étudiant : merci d'avoir honoré à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

M. X : je vais assez bien par la grâce de Dieu.

Étudiant : ok ! La semaine passée tu me disais que l'une des raisons t'ayant poussé à sortir c'était le fait que de plus en plus tu te sentais inutile chez toi en présence de ta famille suite à ton licenciement abusif. Peux-tu m'en dire plus ?

M. X : Oui, comme je le disais la semaine dernière lors de notre premier entretien, c'est avec le temps quand le sentiment d'incapacité m'envahissait que je sortais parfois seul boire pour me consoler et oublier mes problèmes, principalement mon licenciement.

Étudiant : dis-moi, comment procèdes-tu pour toujours avoir de quoi t'offrir des bouteilles de bière alors que tu ne parviens pas à subvenir aux besoins de ta famille ?

M. X : il faut d'abord dire que le fait de me laisser dominer par la consommation d'alcool m'a beaucoup connecté à de nouvelles personnes qui boivent. Ainsi le fait d'avoir de l'argent ou pas n'était pas vraiment un problème en ce sens que mes nouveaux amis avaient toujours de la boisson à m'offrir. Les consommateurs d'alcool sont en fait très solidaires.

Étudiant : s'il te plaît explique-moi bien.

M. X : Depuis la visite de mon collègue, j'ai tout fait pour me retrouver dans un groupe de mon quartier réputé pour ses habitudes de consommation d'alcool et de virées nocturnes; nous avons multiplié les sorties. J'avais ainsi de moins en moins le temps de m'apitoyer sur mon sort. J'ai

aussi remarqué que chez les consommateurs d'alcool règne une sorte de promptitude lorsqu'il faut offrir à boire. Ils peuvent tout manquer, sauf l'argent de bière.

Étudiant : tu ne parles pas trop de tes problèmes ?

M. X : à partir du moment où l'alcool est la seule chose qui me permet de rester sans penser et réfléchir à cette situation vraiment embarrassante que je vis depuis mon licenciement, je préfère ne pas en parler. Je suis d'ailleurs dans cette situation parce que je n'ai aucun contact, personne pour me soutenir. Car si moi aussi j'étais de la famille d'un grand de ce pays on ne m'aurait pas licencié sans explication.

Étudiant : comment est-ce-que te sens-tu auprès des siens?

M.X : Le fait de ne plus pouvoir assumer mes responsabilités de chef de famille du fait de mon licenciement me fait ne pas me sentir très bien. Je me sens mal et je sors pour aller me consoler en prenant une bière. En compagnie des consommateurs d'alcool, je fais donc semblant d'être heureux, mais au fond de moi, je me sens triste et inutile.

Étudiant : Et d'après toi, comment comprends-tu cette situation, autrement dit, quel sens donnes-tu à tout ceci ?

M. X : avec du recul, les informations que j'ai reçues auprès d'autres personnes en situation de rupture unilatérale de contrat comme moi, j'ai compris que j'ai été victime d'un licenciement abusif, même s'il est tard je me renseigne actuellement sur mes options en vue de savoir quoi faire pour avoir justice.

Étudiant : Et comment as-tu réagi face à ce déclic ?

M. X : j'ai confronté mon employeur à l'effet de comprendre les raisons de mon licenciement. Cette démarche visait à comprendre ce qui s'est réellement passé et à pouvoir prévenir la résurgence d'une telle situation à l'avenir. J'ai arrêté d'éviter mes anciens collaborateurs car j'ai compris que cela ne servait à rien. Je n'ai rien à me reprocher, ce n'est donc pas à moi de fuir mais à eux puisqu'ils m'ont mis dehors sans aucune explication.

Étudiant : comment te sens-tu dès à présent ?

M. X : plus confiant et déterminé d'aller de l'avant. À un moment donné j'ai véritablement senti que la situation me dépassait. J'ai vite fait de demander à mon épouse de m'aider à trouver une solution. Je suis aujourd'hui plus que jamais prêt à faire face à ce problème.

Étudiant : et comment as-tu généralement réagi face à ce sentiment de prise de conscience face à ta situation ?

M. X : Le choix de me faire suivre est fortement corrélé à l'appui que je recevais de ma femme et de mes enfants. Je dois pouvoir rétablir l'équilibre une fois pour toute. J'ai finalement compris que le licenciement est une situation plutôt commune. Avec du recul j'ai pu rencontrer tellement de personnes étant déjà passées par ce genre de situation et cela m'a véritablement aidé à accepter ma situation et à aller de l'avant.

Étudiant : qu'as-tu donc finalement saisi à travers cette situation ?

M. X : j'ai finalement compris que se plonger dans la consommation d'alcool n'est pas la solution. En effet, en cherchant les moyens de sortir de cette situation en dehors de la consommation d'alcool, je me sens vraiment plus affranchi, car j'étais déjà devenu esclave de la boisson. J'ai d'ailleurs réalisé avec le temps que me lamenter et m'apitoyer sur mon sort ne faisait que nourrir ma tristesse et ma souffrance. Ma présence ici devant vous est en fait l'un des retombées de la ferme résolution à m'affranchir de la consommation d'alcool et de redevenir la personne que j'étais avant mon licenciement. Ainsi, ma renaissance s'opère au fil du temps avec les séances de psychothérapie dont je bénéficie ici. J'ai également repris ma vie de prière avec ma famille ce qui m'a véritablement permis de me réconcilier avec elle et surtout avec mon Dieu. Aussi, j'ai pris l'engagement de confronter ma situation de licenciement à l'effet de recueillir des informations susceptibles de m'aider à avoir gain de cause. C'est d'autant plus vrai et sérieux que j'ai découvert avec l'aide d'un juriste qu'il s'agissait d'un licenciement abusif. Pour l'instant, je me concentre sur ma santé mentale et le reste suivra.

Étudiant : ok ! Nous allons arrêter à ce niveau. Merci pour ta disponibilité. Je te souhaite bonne suite dans ta thérapie. Je pourrais éventuellement te contacter en cas de besoin.

M. X : c'est à moi de t'exprimer ma profonde gratitude, car ces entretiens m'ont profondément transformé et m'ont aidé à entrevoir autrement désormais les choses. Je suis convaincu qu'avec le soutien de Dieu ça ira de mieux en mieux.

Annexe 9 : Contenu des entretiens avec Mme Y

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans l'une des salles d'écoute de « Psychiatrie B » de l'HJY, le Jeudi 14 Février 2019 de 11H15 à 11H55.

Étudiant : bonjour.

Mme Y : bonjour

Étudiant : je m'appelle Jean Merlo. Je suis étudiant en Psychologie à l'Université de Yaoundé I. Je mène une étude sur les stratégies de coping chez des adultes en situation d'angoisse. Je m'intéresse aux adultes. Ainsi, J'aimerais que nous parlions de ta consommation d'alcool liée à la gestion d'angoisse. Aussi, avec ton accord, je souhaite que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant la fiche du consentement éclairé.

Mme Y : ok ! Il n'y a pas de problème.

Étudiant : peux-tu te présenter de façon détaillée bien que je connaisse déjà ton nom ?

Mme Y : étant donné que tu connais déjà mon nom, je suis âgée de 38 ans. Je suis Bamiléké originaire de la région du Nord-ouest et précisément du département de la Mezam, arrondissement de Santa. Je suis de religion chrétienne catholique. À cause de la guerre du NOSO, je me suis installée dans la ville de Yaoundé avec ma famille.

Étudiant : que fais-tu dans la vie ?

Mme Y : je suis ménagère, mariée dans un foyer polygamique.

Étudiant : quel est ton niveau scolaire ?

Mme Y : j'ai le niveau de la classe de Terminale.

Étudiant : tes parents ont combien d'enfants et quel rang occupes-tu ?

Mme Y : Orpheline de père et de mère, je suis la dernière-née d'une fratrie de 6 enfants dont 4 garçons et 2 filles.

Étudiant : comment ta consommation d'alcool a-t-elle débuté ?

Mme Y : j'ai commencé à prendre l'alcool depuis le jour où les « Ambazoniens » avaient kidnappé mon fils à Bamenda en Avril 2018. En effet, après avoir reçu le coup de fil des « Ambazoniens » me demandant une rançon pour la libération de mon fils, une peur m'a envahi.

J'étais tétanisée. J'avais d'autant plus peur que certains de mes amis avaient perdu des membres de leurs familles en pareilles circonstances depuis le début de la crise malgré le paiement de la rançon demandée. Suite à ce coup de fil m'annonçant le kidnapping de mon fils j'ai ressenti comme une paralysie totale. Il a fallu un recours à un kinésithérapeute pour que je me remette sur pieds. En plus depuis ce moment je ressens continuellement des douleurs physiques dans tout le corps un peu comme si la paralysie ne m'avait jamais quitté. Tout ça m'a vraiment traumatisé.

Étudiant : parle-moi d'avantage de ce qui t'a poussé à boire.

Mme Y : Je me souviens qu'après avoir reçu la nouvelle du kidnapping de mon fils, toute paniquée, je me suis rendue chez une amie sœur du village à proximité de chez moi. Après lui avoir expliqué la situation, celle-ci a envoyé son fils m'acheter une bière glacée soit dit-elle pour baisser ma température. D'une bière on s'est retrouvées à quatre et cet état d'ivresse m'a aidé à trouver le sommeil. Depuis lors, la consommation d'alcool s'est progressivement imposée comme moyen pour ne pas me plonger dans des introspections sans suite.

Étudiant : en ce moment-là qu'est-ce que tu ressentais lorsque tu buvais ?

Mme Y : j'étais apaisée et tranquille. Il s'est d'ailleurs depuis établi comme un grand rapprochement avec la consommation de boissons alcoolisées. Qu'il faille le dire sur le moment m'aide à oublier mes angoisses. Je n'avais donc pas de problème quand je buvais.

Étudiant : peux-tu me parler de l'évolution et de la quantité d'alcool que tu prenais.

Mme Y : certes il m'arrivait déjà de consommer de l'alcool durant les réunions de femmes auxquelles j'assiste et dans les moments heureux. Depuis le kidnapping de mon fils, la consommation d'alcool vise surtout à oublier ce sentiment de culpabilité qui me ronge. Donc en tant que membre d'au moins trois réunions/semaine (réunion au cours desquelles, la personne qui reçoit avait l'obligation d'offrir à manger à boire), c'était à chaque fois pour moi l'occasion de consommer encore plus. Plus je voyais les camarades de la réunion boire, plus mes doses d'alcool augmentaient car je peux dire que j'étais hantée par un esprit qui voulait que je rivalise avec elles. Quand je n'ai pas l'argent, mes amis me font boire. En fait, dans nos réunions plusieurs de mes consœurs acceptaient volontiers de me donner leurs bières à boire. On fait aussi souvent des tours, ou alors on cotise parfois. Ça fait moins d'un an que ma consommation de « Kadji » s'est véritablement accrue. C'est une bière qui me soûle plus. Il faut que je prenne au moins trois bouteilles pour commencer à soûler.

Étudiant : bois-tu souvent seule? Si oui, à quel moment ressens-tu le besoin de boire seule ?

Mme Y : oui, j'ai l'habitude de boire souvent seule. En fait, quand je commence à réfléchir à la situation de kidnapping de mon fils, je n'ai qu'une envie c'est oublier. Pour ce faire je pars boire pour me détendre et pour ne plus réfléchir. Avec le temps, je me suis habituée à boire seule. Ce n'est donc pas tout le temps que je suis avec mes copines, je bois souvent seule. Ce qui me permet de me consoler et mieux réfléchir. Il y a aussi des moments très difficiles vécus en famille qui m'ont souvent poussé à boire.

Étudiant : comment te sens-tu quand tu bois l'alcool ?

Mme Y : en plus du sentiment de puissance et d'invincibilité, quand je bois, je me sens bien. J'oublie les problèmes que je vis, je ne pense plus à ça. J'évite tout commentaire en rapport avec le kidnapping de mon fils au profit de l'alcool, car quand je bois, je suis apaisée et heureuse pendant quelques temps. Je suis donc moins triste d'autant plus que boire me procure une sensation de bien-être. Aussi, quand je bois, c'est comme si je suis réconfortée.

Étudiant : et après la consommation, comment te sens-tu ?

Mme Y : Je suis plus sage. Quand je prends quelques bières, il y a des choses que je comprends très bien, alors qu'avant je ne comprenais pas. L'alcool nettoie donc mon cerveau. Quand je bois, je ne suis pas comme quand je n'ai pas bu. Je réfléchis bien et j'ai plus confiance. J'ai donc une certaine quiétude et assurance. Bref, je me sens vivante et capable de tout affronter. Je suis animée par un sentiment d'intelligence et de confiance.

Étudiant : au regard de tout ce que tu viens de me dire, est-ce qu'on peut dire que l'alcool vient combler un vide dans ta vie ?

Mme Y : comme je t'ai précédemment dit, quand je bois, je ne suis pas comme quand je n'ai pas bu. Je deviens une autre personne. Je réfléchis bien et j'ai plus confiance en moi. J'ai donc une certaine quiétude et assurance. Je ne pense plus trop aux problèmes, ça me fait oublier les problèmes que je vis.

Étudiant : ok ! Merci pour ce partage. Nous nous verrons la semaine prochaine pour continuer notre entretien.

Mme Y : sans problème, je serai disponible et disposée par la grâce de Dieu à répondre à tes questions.

DEUXIÈME ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute de « Psychiatrie B », le Mardi 19 Février 2019 de 10H15 à 10H55.

Étudiant : bonjour Mme Y.

Mme Y : merci, bonjour.

Étudiant : merci d'avoir une fois de plus honoré à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

Mme Y : je vais assez bien, merci.

Étudiant : ok ! La semaine dernière tu me parlais des moments difficiles que tu as vécus suite au kidnapping de ton fils dans le NOSO. Peux-tu y revenir en me donnant plus de détails ?

Mme Y : je crois savoir que je t'ai parlé de fond en comble concernant cette situation-là. Mais si tu veux, je pourrai t'en dire plus. Comme je te l'ai dit lors de notre dernier entretien, tout a basculé dans ma vie depuis le jour où j'avais reçu le coup de fil des « Ambazoniens » me demandant une rançon pour la libération de mon fils, une peur m'a envahi. J'avais d'autant plus peur que certains de mes amis avaient perdu des membres de leurs familles en pareilles circonstances depuis le début de la crise malgré le paiement de la rançon demandée. Suite à ce coup de fil m'annonçant le kidnapping de mon fils j'ai ressenti comme une paralysie totale, il a fallu un recours à un kinésithérapeute pour que je me remette sur pieds. En plus depuis ce moment je ressens continuellement des douleurs physiques dans tout le corps un peu comme si la paralysie ne m'avait jamais quitté. Tout ça m'a vraiment traumatisé. Je n'y crois pas toujours. Je pensais que ce qui arrive aux autres à Bamenda ne m'arriverait jamais. Hélas, me voici aujourd'hui traumatisée à la suite du kidnapping de mon fils. Je suis vraiment désespérée et profondément consternée.

Étudiant : et comment gères-tu cette situation en dehors de la consommation d'alcool ?

Mme Y : pour te dire la vérité, ce n'est pas du tout facile de vivre cette situation traumatisante. Cependant mon arrivée ici à l'hôpital, je m'évertue au quotidien à repousser toutes les pensées en lien avec le kidnapping de mon fils. Je fuis même les conversations des amis renvoyant aux actions en lien avec la grise anglophone. Aussi, depuis un temps, je m'éloigne même de tous mes frères anglophones de peur de devoir parler de la situation qui est arrivée à mon fils.

Étudiant : quel est le sentiment qui t'anime au quotidien concernant cette situation ?

Mme Y : le sentiment de culpabilité. En effet, c'était de mon devoir de protéger mon fils et de l'empêcher de faire un voyage en zone anglophone en pleine crise. J'ai été une mauvaise mère, mais qu'à cela ne tienne je ferai tout pour que cela n'arrive plus. Je n'aurai pas dû le laisser aller à Bamenda en pareil moment. Les autres ont formellement interdit à leurs enfants d'y aller pour quelque raison que ce soit et moi pas. Voilà donc la conséquence aujourd'hui. Je commence déjà à me fatiguer de tout ça. Quand on pense que cette crise est finie on apprend qu'il y a de nouveaux morts. Certainement un jour, un des miens finira par être tué dans cette zone. Beaucoup de familles originaires de cette région ont perdu des membres comme ça, on n'a même jamais pu retrouver les corps. On vous appelle, on vous demande de l'argent, vous donnez et après plus de nouvelle. C'est d'autant plus difficile pour moi car la dernière fois où mon fils et moi avons discuté, on s'est séparés en mauvais terme ; je ne veux pas me séparer de lui ainsi. Cependant, je n'y peux rien. Ce qui doit arriver arrivera, même si c'est la mort de tous les anglophones, nous serons enfin libres. C'est d'autant plus plausible de le penser dans la mesure où l'Etat est en train de sécuriser la zone anglophone, les situations comme celle de mon fils ne se produiront plus jamais.

Étudiant : est-ce que tout ceci signifie pour toi une porte de sortie de crise concernant ce qui se passe dans le NOSO avec les « Ambazoniens » ?

Mme Y : Oui, j'ai la ferme conviction que ça ira. C'est d'autant plus certain que les populations anglophones sont de moins en moins confrontées aux problèmes de kidnapping. Ma consolation est que personne ne vivra ce que moi j'ai vécu. Une telle situation ne se reproduira pas.

Étudiant : en attendant une sortie de crise, comment comptes-tu désormais gérer tes moments d'angoisse en pensant au kidnapping de ton fils ?

Mme Y : de moins en moins je fais recours à l'alcool. Toutefois, dans le but d'oublier tout ce qui m'arrive, je me plonge dans les tâches ménagères et autres activités domestiques.

Étudiant : quels autres moyens adoptes-tu pour mieux affronter la situation angoissante ?

Mme Y : n'ayant pas pu trouver de solution dans la consommation d'alcool, je me suis engagée dans la recherche d'informations sur les malaises que je subis au quotidien. Je me suis également rapprochée des autorités compétentes au niveau de Yaoundé en vue de savoir quelle attitude adoptée au cas où la situation de mon fils venait à se reproduire. Dans la recherche d'informations sur mon problème que j'ai engagé, les lectures sur internet m'ont permis de comprendre que les personnes dans ma situation peuvent se faire aider par des spécialistes. Avec

cette information, j'ai pu me renseigner pour savoir où trouver ces spécialistes là au Cameroun. Ma présence ici aujourd'hui est l'aboutissement de ce processus. Dès le moment où je me suis résolue à engager une thérapie, j'ai pu bénéficier de l'appui de tous les membres de ma famille, surtout de mes enfants, sur qui tout repose désormais.

Étudiant : qu'as-tu compris de cette situation ?

Mme Y : j'ai compris avec le temps que cela ne servait à rien de fuir la réalité, car d'une manière ou d'une autre, tant que le problème n'est pas résolu, il persiste et demeure. De plus, j'ai aussi compris que c'était de mon devoir de protéger mon fils et de l'empêcher de faire un voyage en zone anglophone en pleine crise. J'ai été une mauvaise mère, mais qu'à cela ne tienne je ferai tout pour que cela n'arrive plus. J'ai donc pris la ferme résolution d'affronter la situation au lieu de passer le temps à me lamenter.

Étudiant : ok ! Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Je vais te recontacter en cas de besoin.

Mme Y : sans souci, c'est moi qui te remercie. Je suis d'ailleurs ravie d'avoir échangé avec toi, ça beaucoup contribué à m'apaiser.

Annexe 10 : Accord de direction du mémoire de Master II

Dr BANINDJEL Joachen
Chargé de Cours
Université de Yaoundé 1
Tel : 677574260 / 699022930

A

Monsieur le Coordonnateur de l'Ecole
doctorale en Sciences Humaines Sociales
et Educatives de l'Université de Yaoundé 1

Objet : Accord de direction du mémoire de Master 2

Monsieur,

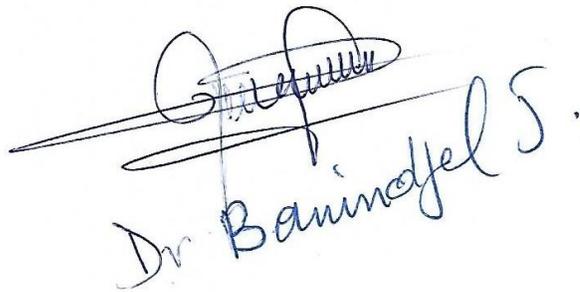
En rapport avec l'objet cité en marge, l'étudiant KENMOGNE CHENIN Jean Merlo (Mle 14E907) m'a sollicité afin de diriger son mémoire de Master 2. Le titre est le suivant : « Angoisse et stratégies de coping chez les adultes consommateurs d'alcool : une étude de cas ». La principale raison est liée au décès de son ancien encadrant.

Je marque mon accord pour la direction de ce mémoire de Master 2 dont le sujet s'inscrit bien dans mes champs de recherches.

Monsieur le Coordonnateur, sous toutes réserves, le nouveau sujet intéresse les recherches en psychopathologie et en psychologie clinique. Il s'inscrit dans le champ d'action des problématiques de mes recherches.

Ce pourquoi, Monsieur le Coordonnateur, nous vous prions d'autoriser cet étudiant à renforcer son équipe de direction.

Fait à Yaoundé, le 27 mai 2021



Dr Banindjel J.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE I : CADRE THÉORIQUE	5
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	6
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	6
1.1.1. Contexte de l'étude	6
1.1.2. Justification de l'étude.....	9
1.2. CONSTATS ET PROBLÈME DE L'ÉTUDE	12
1.2.1. Constats de l'étude	12
1.2.1.1. Constat empirique	12
1.2.1.2. Constat théorique	13
1.2.2. Formulation du problème de l'étude.....	16
1.2.3. Position du problème de l'étude.....	19
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	20
1.3. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	20
1.4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	21
1.5. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	21
1.5.1. Intérêt scientifique	21
1.5.2. Intérêt social	22
1.5.3. Intérêt personnel	23
1.6. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE	23
1.6.1. Délimitation théorique.....	23

1.6.2. Délimitation spatio-temporelle.....	24
1.7. CLARIFICATIONS DES CONCEPTS DE L'ÉTUDE	24
1.7.1. Angoisse	24
1.7.2. Stratégies de coping	25
1.7.3. Personne adulte	26
1.7.4. Alcool.....	28
1.7.5. Alcoolisme	28
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	30
2.1. LITTÉRATURE SUR L'ANGOISSE SELON LES TRAVAUX DE Freud (1916) Bergeret (1996) & Marie (2011) & Freud (1926).....	30
2.1.1. Angoisse dans le présent et le devenir clinique selon les travaux de Freud (1926) et Marie (2011)	30
2.1.2. Notion d'angoisse : approche définitionnelle et historique selon les travaux de Bergeret (1996)	32
2.1.3. Angoisse dans le vécu quotidien selon les travaux de Benmeziane (2013) et Guentcheff (2014).....	32
2.2. ANGOISSE ET STRATÉGIES DE COPING CHEZ LES PERSONNES ALCOOLO- DÉPENDANTES : QUELQUES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	33
2.2.1. Alcool : approche historique	33
2.2.2. Alcool et Cameroun selon les travaux de Mve Ona (2006) et Ougock (2019)	34
2.2.2.1. Production et consommation de l'alcool au Cameroun	34
2.2.2.2. Modes de consommation d'alcool chez les adultes camerounais	35
2.2.3. Conduites de consommation de l'alcool.....	36
2.2.3.1. Conduite d'usage	36
2.2.3.2. Conduite d'abus et de dépendance	37
2.2.4. Consommation d'alcool et santé physique et psychique selon les travaux de Sournia (1986) et Huss (1849)	38
2.2.5. Alcoolisme comme moyen pour faire face aux problèmes de la vie selon les travaux de Smaniotto, (2008)	39
2.2.6. Stratégies de coping chez les alcoolodépendants selon les travaux de Smaniotto, (2008) Verret et Fédora, (2016).....	40
2.3. LITTÉRATURE SUR LES STRATÉGIES DE COPING SELON LES TRAVAUX DE Lazarus & Launier (1978) et Lazarus & Folkman (1984)	43

2.3.1. Stratégies de coping : histoire et évolution	43
2.3.1.1. Coping et défense.....	43
2.3.1.2. Coping et adaptation.....	44
2.3.1.3. Approche transactionnelle du coping.....	45
2.3.1.4. Notion de coping en psychologie	45
2.3.2. Stratégies de coping : approche définitionnelle.....	45
2.3.3. Modèles de coping	46
2.3.3.1. Soutien social, contrôlabilité et coping	46
2.3.3.2. Coping et soutien social en tant que processus de médiation	46
2.3.3.3. Processus motivationnels et cognitifs sous-jacents au coping	47
2.3.4. Stratégies de coping	47
2.3.4.1. Coping centré sur le problème	47
2.3.4.2. Coping centré sur l'émotion	48
2.3.4.3. Coping centré sur le soutien social.....	49
2.3.5. Déterminants du coping	49
2.3.5.1. Déterminants dispositionnels du coping.....	49
2.3.5.1.1. Déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping	50
2.3.5.1.2. Déterminants conatifs de l'évaluation et du coping	50
2.3.5.2. Déterminants situationnels et transactionnels du coping	51
2.3.6. Stratégies de coping : moyen pour faire face aux situations stressantes externes	51
2.3.7. Stratégies de coping face aux situations stressantes propres à l'individu	52
CHAPITRE 3 : THÉORIES EXPLICATIVES DE L'ÉTUDE	54
3.1. THÉORIE DE L'ANGOISSE DE Freud (1915/1917) et Klein (1952)	54
3.1.1. Théories freudiennes de l'angoisse	54
3.1.2. Théorie kleinienne de l'angoisse et des défenses	56
3.1.3. Théorie de l'angoisse de Lacan (1962-1963)	60
3.2. THÉORIE DU COPING.....	61
3.2.1. Théorie du coping selon les travaux de Lazarus et Launier (1978)	61
3.2.1.1. Approche conceptuelle et définitionnelle du coping.....	61
3.2.1.2. Stratégies de coping centrées sur le problème	63
3.2.1.3. Stratégies de coping centrées sur l'émotion	63

3.2.1.4. Stratégies de coping centrées sur le soutien social	64
3.2.2. Modèle transactionnel selon les travaux de Folkman et Lazarus (1984).....	65
3.3. APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE	67
3.3.1. Approches comportementales.....	67
3.3.1.1. Consommation d'alcool : réponse conditionnée.....	67
3.3.1.2. Consommation d'alcool : produit d'un apprentissage social chez Bandura (1986)	69
3.4. MODÈLE COGNITIF DE Beck (1976), Beck et Freeman (1993)	70
PARTIE II : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET OPÉRATOIRE	75
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE	76
4.1. RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE	76
4.1.1. Rappel du problème de recherche.....	76
4.1.2. Rappel de la question de recherche	77
4.1.3. Rappel de l'hypothèse générale de recherche.....	77
4.1.4. Rappel de l'objectif général de recherche.....	77
4.2. SITE DE L'ÉTUDE.....	77
4.2.1. Justificatif du choix de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY).....	77
4.2.2. Présentation de l'Hôpital Jamot de Yaoundé.....	78
4.2.3. Présentation du service de psychiatrie de l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY)....	79
4.3. PROCÉDURES ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANTS	79
4.3.1. Critères de sélection	80
4.3.1.1. Critères d'inclusion	80
4.3.1.2. Critères d'exclusion.....	80
4.3.2. Échelles et test de sélection des participants.....	81
4.3.2.1. Échelle d'anxiété d'Hamilton (1959)	81
4.3.2.2. Test d'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) de Babor & al., (2001)	81
4.3.2.3. Échelle de Coping Inventoring if Stresfull Situation (CISS) de Endler Parker (1990)	82
4.3.3. Procédure de sélection des participants.....	83
4.3.4. Caractéristiques des participants	85
4.4. TYPE DE RECHERCHE : RECHERCHE QUALITATIVE.....	85

4.5. MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE.....	85
4.5.1. Étude de cas	86
4.5.2. Usage de la méthode clinique dans le cadre de notre étude	87
4.6. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES : L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	87
4.7. INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES : LE GUIDE D'ENTRETIEN....	88
4.8. PASSATION DES ÉCHELLES ET DU TEST	89
4.9. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS.....	90
4.10. TECHNIQUE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : ANALYSE DE CONTENU	92
4.10.1. Analyse de contenu	93
4.10.2. Analyse thématique.....	93
4.10.3. Analyse séquentielle	94
4.11. LIMITES DE L'ÉTUDE	94
4.12. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	95
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	98
5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS.....	98
5.1.1. Cas M. X	98
5.1.2. Cas Mme Y	99
5.2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE L'ANGOISSE ET RECOURS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL	100
5.2.1. Survenue de l'angoisse et situation problématique.....	100
5.2.2. Sentiments ressentis par les participants face à une situation angoissante	102
5.2.3. Recours à la consommation d'alcool comme stratégie de coping pour faire face à l'angoisse	102
5.2.4. Lieu, contexte et motivation du recours à la consommation de l'alcool	104
5.2.5. Vécu de la consommation d'alcool et la gestion d'angoisse.....	106
5.2.5.1. Vécu pendant la consommation	106
5.2.5.2. Vécu après la consommation	106
5.3. STRATÉGIES DE COPING CENTRÉES SUR LE PROBLÈME	108
5.3.1. Recherche d'informations et stratégies de résolution du problème	108
5.3.2. Auto-accusation et acceptation de la confrontation.....	109
5.4. STRATÉGIES DE COPING CENTRÉES SUR L'ÉMOTION	110

5.4.1. Évitement	110
5.4.2. Dénî.....	111
5.5. STRATÉGIES DE COPING CENTRÉES SUR LE SOUTIEN SOCIAL	112
5.5.1. Recherche de soutien tangible.....	112
5.5.2. Recherche de soutien social émotionnel	113
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSION.....	115
6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	115
6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	118
6.2.1. Application de la théorie du coping associée aux TCC à la compréhension des stratégies de coping mobilisées chez les adultes consommateurs d'alcool en situation d'angoisse	118
6.2.1.1. Application de la théorie du coping à l'exploration du vécu de la situation d'angoisse	118
6.2.1.1.1. Approche conceptuelle du coping	119
6.2.1.1.2. Intérêts de la théorie du coping	119
6.2.2. Application de la théorie cognitivo-comportementale à la compréhension des processus cognitifs et comportementaux sur la gestion du vécu d'angoisse chez les adultes alcoolo-dépendants	120
6.2.2.1. Modèles comportementaux et apprentissage social	120
6.2.2.1.1. Consommation d'alcool : réponse conditionnée	121
6.2.2.1.2. Consommation d'alcool : produit d'un apprentissage social	122
6.2.2.2. Modèle cognitif de Beck	123
6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS	125
6.3.1. Vécu d'angoisse et stratégies de coping.....	126
6.3.2. Motivation à consommer l'alcool.....	127
6.3.3. Stratégies de coping liées à l'angoisse chez les adultes consommateurs d'alcool	128
6.3.3.1. Stratégies de coping centrées sur le problème	129
6.3.3.2. Stratégies de coping centrées sur l'émotion	130
6.3.3.3. Stratégies de coping centrées sur le soutien social	130
6.4. IMPLICATIONS, PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE .	133
6.4.1. Implications de l'étude.....	133

6.4.2. Perspectives de l'étude	134
6.4.3. Recommandations de l'étude	135
CONCLUSION GÉNÉRALE	138
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	142
ANNEXES	156