



Le récit de vie, outil essentiel en travail social

Qu'est-ce qui amène un sujet à développer une conduite addictive et surtout qu'est-ce qui l'empêche de l'arrêter si tel est son souhait.



« La vie n'est pas ce que l'on a vécu mais ce dont on se souvient et comment chacun s'en souvient. »

GABRIEL GARCIA MARQUEZ

Réalisé par:

DÉBORAH CHAPPAZ

Promotion:

BACH ES 09 PT

Sous la direction de:

BAUMGARTNER MARIE-CÉCILE

Martigny, Mai 2014/15

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements :

- A ma directrice de Bachelor, Marie-Cécile Baumgartner pour sa précieuse collaboration et son authenticité.
- A la personne qui a accepté de produire son récit de vie étant le centre de mon travail. Sans elle, la réalisation de ce mémoire n'aurait pas pu avoir lieu.
- A mon amie Manon Perréard pour la réalisation de la première page de mon écrit.
- A toutes les personnes qui m'ont soutenu dans ma démarche et côtoyée durant cette rude épreuve.

Avertissements

Afin de faciliter la lecture de ce document, j'ai fait le choix de ne pas faire usage du langage épïcène. C'est pourquoi, le genre masculin est également employé pour désigner le genre féminin tout au long de ce travail. Je certifie avoir personnellement écrit mon Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteurs, que cela soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code d'éthique de la recherche.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure.

Résumé

Ce travail réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Bachelor of Arts in Travail Social, orientation éducation sociale, vise à comprendre les enjeux qui conduisent un individu vers les addictions.

La recherche débute par un récit de vie d'une personne toxicodépendante sous plusieurs entretiens compréhensifs.

Suite au récit recueilli et à la retranscription de celui-ci, l'analyse est mise en lumière à travers l'élaboration de différentes hypothèses rattachées au vécu du sujet.

Une partie théorique concernant la problématique addictive a été réalisée, dans le but de compléter et d'observer les liens directs avec le récit de vie.

Le choix de la méthodologie fut crucial dans la réalisation de ce mémoire puisque la méthode du récit de vie permet d'étudier l'action dans la durée et d'extraire des expériences de vie qui aideront à en comprendre le fonctionnement et les dynamiques internes.

La partie conclusive de mon travail permettra de répondre à ce questionnement : « *Qu'est-ce qui amène un sujet à développer une conduite addictive et qu'est-ce qui l'empêche de l'arrêter si tel est son souhait.* ». On perçoit précisément ici, la multitude de facteurs qui devront être pris en compte et la vision systémique de ce travail de Bachelor. Ce bilan final démontrera l'atteinte des objectifs posés au préalable, les découvertes et compétences acquises par le biais de la rédaction du Bachelor.

Le but de ce travail est de permettre aux travailleurs sociaux d'évoluer dans leur conception autour de la problématique addictive et dans leur pratique professionnelle.

Mots clés

Récit de vie – addiction – travail – sport – relation paternelle – compulsions – excès – équilibre – estime de soi – reconnaissance

Table des matières

1.	INTRODUCTION	6
1.1.	Choix thématique et motivations	6
1.2.	Lien avec le travail social	7
1.3.	Question et objectifs de recherche	8
2.	METHODOLOGIE	9
2.1.	Le récit de vie, c'est quoi ?	9
2.2.	Choix de la méthode	9
2.2.1.	Récit de vie	9
2.2.2.	Entretiens compréhensifs	10
2.3.	Choix du sujet	13
2.4.	Dimension éthique, confidentialité	13
2.5.	Limites méthodologiques	14
2.6.	Ressources méthodologiques	15
3.	LE RECIT DE VIE, ENTRETIENS	16
3.1.	Retranscription des entretiens	16
3.2.	Résumé entretiens – mots clés	32
3.3.	Analyse et synthèse	37
3.3.1.	Tableau d'analyse	38
4.	CADRE THEORIQUE.....	49
4.1.	Introduction : les addictions	49
4.1.1.	Définitions	50
4.1.2.	Critères de Goodman.....	50
4.1.3.	Critères du DSM-IV (1996). Critères de dépendance à une substance	51
4.1.4.	Critères de la CIM 10	52
4.2.	Aspects historiques	53
4.3.	Les processus de l'addiction	54
4.3.1.	Les processus biologiques	54
4.3.2.	Les processus psychosociaux	55
4.4.	Caractéristiques communes aux différentes conduites addictives	56
4.5.	Les fonctions des drogues	57
4.6.	Principales approches psychopathologiques des addictions	59

4.6.1.	Systémique	59
4.6.2.	Cognitivo-comportementaliste	59
4.6.3.	Biopsychocomportementale	60
4.6.4.	Psychosociale	61
4.7.	Les facteurs de vulnérabilité	62
5.	ELABORATION DES HYPOTHESES SUITE AUX OBSERVATIONS	64
5.1.	Hypothèses 1 et 2 : « Le déclencheur d’une addiction »	65
5.2.	Hypothèses 3 et 4 : « Le sport, outil ou danger ? »	65
5.3.	Hypothèses 5 et 12 : « La compulsion »	67
5.4.	Hypothèse 6 : « L’être humain, un sujet dépendant ? »	69
5.5.	Hypothèse 7 : « Le sentiment d’abandon »	69
5.6.	Hypothèse 8 : « Le besoin de reconnaissance »	70
5.7.	Hypothèse 9 : « L’estime de soi »	72
5.8.	Hypothèse 10 : « La parentalité »	74
5.9.	Hypothèse 11 : « Les durées de traitement »	74
6.	CONCLUSION	75
6.1.	Démarche	75
6.2.	Bilan	76
7.	DECOUVERTES	77
8.	LIENS AVEC LE TRAVAIL SOCIAL	78
8.1.	Pistes de recherche et nouveau questionnaire	78
9.	SOURCES	79
10.	ANNEXES	83
10.1.	Annexe 1 - Lexique des drogues	83
10.2.	Annexe 2 - Formulaire de consentement éclairé	97
10.3.	Annexe 3 : Graphique du cycle psychosocial de l’assuétude	98
11.	TABLE DES ILLUSTRATIONS	99

1. INTRODUCTION

1.1. Choix thématique et motivations

Le travail de bachelor se doit de contenir un questionnement auquel nous souhaiterions répondre mais surtout comprendre le fonctionnement qui nous mène vers cette réponse. Pour ma part, le domaine des addictions m'a toujours beaucoup questionnée et plus précisément, le parcours de vie des toxicodépendants. Pour ce premier point, je vais donc décrire les multiples observations et constats qui m'ont amenée à choisir ce sujet pour la rédaction de mon travail final. Tout au long de la description du choix de la thématique je vais tenter d'englober les trois points cités ci-dessous :

- Expérience de terrain
- Liens avec les modules
- Motivations personnelles, professionnelles, sociopolitiques...

Depuis toujours, je m'intéresse énormément au domaine des dépendances pour des raisons personnelles en premier lieu et surtout afin de percevoir les différentes facettes de cette problématique.

Mon premier stage, effectué à la Villa Flora à Sierre, m'a permis d'en apprendre beaucoup sur les différents parcours des personnes dépendantes. J'ai également participé aux groupes de parole et j'ai pu entendre bon nombre de gens s'exprimer face aux difficultés qu'ils enduraient au quotidien lors de la consommation mais également pendant leur rétablissement en centre de traitement. J'ai aussi pu écouter de multiples témoignages de vie très poignants et j'ai créé des liens avec tous les pensionnaires présents lors de mon stage. Tous ces différents savoir-faire m'ont permis de me rapprocher de cette population et de ce fait, de m'intéresser encore plus à la problématique.

Par la suite, je me suis beaucoup investie sur le sujet en lisant de nombreux ouvrages y ayant trait. J'ai pu constater qu'aucun livre à ma connaissance ne mêle la théorie au vécu d'une personne dépendante. Soit ceux-ci traitaient l'aspect théorique soit ils s'intéressaient au côté biographique sans partie scientifique. C'est donc également une très grande motivation pour moi de pouvoir innover une méthode de travail qui, je l'espère, va beaucoup m'apporter en terme d'outils professionnels.

En tant qu'éducatrice, partir de faits concrets pour ensuite les vérifier par le biais de la théorie me semblait plus adéquat qu'utiliser une méthodologie inverse.

J'ai ainsi opté de centrer ma recherche sur l'histoire de vie d'une seule personne. En effet, la création du lien avec mon sujet est aussi une motivation pour moi. Je pense qu'en comprenant les émotions vécues, les événements traumatisants ou les sensations fortes d'un parcours de dépendant, je pourrais recueillir des informations encore plus « profondes » que si je travaillais avec un plus grand échantillon de personnes.

Au cours de ma formation, je me suis inscrite à un module enseigné à Genève qui s'intitulait :

« *Addictions et Interventions sociales* ». Je trouvais pertinent de faire un lien entre ce module et le sujet du travail qui suit. Lors de ce cours, j'ai rencontré différents professionnels travaillant dans le domaine des addictions et j'ai appris de nombreux aspects concernant cette problématique. Suite à ces différentes connaissances acquises, je me suis sentie apte et promptement engagée à poursuivre mon mémoire sur les addictions.

Les drogues dures ou douces, l'alcool, la cyberaddiction ou encore la dépendance aux jeux font partie de notre société. Qui n'a jamais côtoyé une personne addictive ? Quelqu'un n'a-t-il jamais entendu parler des effets néfastes concernant les drogues ? La majorité de notre société répondrait à ces questions par la positive. La prévention se fait essentiellement sur les effets néfastes concernant ces diverses addictions ; mais comment tout un chacun pourrait-il y croire si aucun exemple concret ne lui est démontré ? Il ne peut tout simplement pas se mettre à la place du consommateur sans y avoir goûté. Je pense que c'est l'une des multiples raisons pour lesquelles des personnes continuent de tomber dans le piège malgré tout ce qu'elles ont pu entendre concernant les addictions. C'est pour ces raisons que dans ce travail je souhaiterais permettre au lecteur de se plonger dans le parcours de vie de mon sujet ; qu'il arrive à ressentir ce que cette personne vit au quotidien.

En définitive, voilà les différentes motivations pour lesquelles j'ai choisi d'entreprendre mon travail de bachelor sur cette thématique. Lors de la rédaction de mon travail final, je démontrerai si les motivations ont évolué, changé, si elles sont restées identiques ou au final si elles ont été amoindries.

1.2. Lien avec le travail social

Développer la thématique des addictions par le biais d'un récit de vie permet au travailleur social de s'orienter vers les questionnements sur lesquels il faut se pencher. Partir du terrain, du concret, pour ensuite construire sa théorie est une méthodologie constructive et productrice de nouveaux savoir-faire. L'individu et son vécu se placent au centre de toutes problématiques. De ce fait, il est non seulement crucial de les prendre en compte mais il est nécessaire de s'appuyer également sur un aspect théorique.

Suite à cette expérience, je gagnerai en connaissance théorique et en savoir-faire. Le développement d'une problématique me permettra d'adopter un point de vue de professionnelle et de réfléchir à des aspects sous-jacents à la problématique de départ.

Selon le référentiel des compétences d'un éducateur social, la compétence 11 – *Participer à une démarche de recherche* concerne le travail de bachelor et les points sont les suivants :

- Adopter une posture de recherche dans toute situation de formation et d'intervention sociale.
- Suivre une démarche méthodologique appropriée à l'objet de recherche.
- Utiliser les instruments théoriques et conceptuels adaptés à l'objet.

- Articuler une démarche empirique à une démarche d'élaboration théorique.
- Définir et respecter le cadre déontologique de la recherche.
- Mettre en forme le cheminement et les résultats de la recherche.
- Communiquer les résultats de la recherche et les soumettre au débat.

Ce canevas me permettra tout au long de mon travail, de suivre un fil rouge en vue d'atteindre ces compétences. Dans la partie conclusive de mon mémoire, j'établirai un compte rendu des démarches empruntées ainsi qu'une auto-évaluation sur la base de ces compétences.

1.3. Question et objectifs de recherche

Avant de débiter mon travail de bachelor, j'étais partie sur une question au sujet des stratégies de coping chez les personnes toxicodépendantes. Cependant, je me suis rapidement rendue compte que ce questionnement allait influencer tout mon travail et de ce fait, imposer une direction au sujet que j'allais interroger. Je n'ai donc pas tout de suite défini une question de départ, puisque je voulais être mieux impliquée dans mon travail et avoir déjà effectué certains entretiens de récit de vie, afin de trouver la question la plus pertinente. Ce qui me semblait fondamental c'était d'une part trouver un questionnement clair et d'autre part, que celui-ci démontre une certaine liberté pour le sujet afin de saisir le maximum d'éléments rattachés au récit de vie. Ma question a alors été définie ainsi : « *Qu'est-ce qui amène un sujet à développer une conduite addictive et surtout qu'est-ce qui l'empêche de l'arrêter si tel est son souhait ?* »

Avec cette interrogation, je pouvais ainsi saisir les différents mécanismes que le sujet a construits autour de sa problématique addictive.

Objectifs de mon travail de bachelor :

1. Comprendre ce qui peut amener un sujet vers les addictions.
2. Faire de ce travail, un outil utilisable pour le travailleur social.
3. Trouver de nouvelles pistes de compréhension et d'action en matière d'addictions

Objectifs personnels de mon travail de bachelor :

1. Expérimenter une méthode de recherche (le récit de vie)
2. Approfondir mes connaissances en matière d'addictions (suivi thérapeutique des personnes toxicodépendantes, aspects théoriques, problématiques en lien, questionnements, etc.)
3. Tisser des liens entre la théorie et la réalité du terrain

2. METHODOLOGIE

2.1. Le récit de vie, c'est quoi ?

En premier lieu, le récit de vie permet d'étudier l'action dans la durée. Il s'agira pour moi de comprendre comment fonctionne cette personne par le biais de nombreux entretiens. Cette méthode me permettra également d'apporter des connaissances objectives fondées sur l'observation concrète et qui auront un effet sur les préjugés ou encore les représentations qui m'entourent. Le but de mon travail ne sera en aucun cas de vérifier des hypothèses posées à priori ou de faire un comparatif de mon sujet avec d'autres personnes mais plutôt de comprendre le fonctionnement interne de la personne choisie.

2.2. Choix de la méthode

2.2.1. Récit de vie¹

Le choix d'utiliser le récit de vie s'est fait naturellement après discussion avec certains de mes enseignants concernant ma question de départ. Pour ma part, je voulais réellement comprendre le parcours d'une personne toxicodépendante et le récit de vie semblait être la meilleure méthode qui permette de saisir par quels mécanismes et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation donnée. En me lançant dans le récit de vie, je devais connaître cette méthode. Comment faire pour le rédiger ? Quelles limites vais-je rencontrer ? Le récit de vie est-il une méthode vraiment fiable ? J'ai réussi à trouver les éléments de réponses grâce au livre de *Daniel Bertaux* qui est extrêmement complet sur le sujet.

Je suis intimement convaincue que cette méthode pourra m'apporter beaucoup d'outils pour ma profession. Comme Bertaux D. l'a exprimé dans son livre : « *Le récit de vie peut constituer un instrument d'extraction des savoirs pratiques, à condition de l'orienter vers la description d'expériences vécues personnellement et des contextes au sein desquels elles se sont inscrites. Cela revient à orienter les récits de vie vers la forme de « récits de pratiques »*².

Il est vrai que j'ai entendu beaucoup d'a priori concernant les récits de vie tels que « ce serait naïf de se fier à ce que disent les gens de leur parcours. » ou encore, « les informations recueillies par questionnaire sont beaucoup plus fiables. » Pour répondre à ces deux hypothèses, j'ai trouvé une enquête effectuée par Battagliola Françoise, par le biais du livre de Daniel Bertaux, qui démontre que les informations contenues dans les entretiens sont non seulement plus riches, mais aussi plus

¹ BERTAUX D., *L'enquête et ses méthodes, Le récit de vie*, 3^{ème} édition. Armand Colin. Paris, 2010, p.12

² *Ibid*, p.21

fiables que celles recueillies par questionnaire.³ Quant aux différents débats autour de la soi-disant subjectivité de cet outil, je répondrais ainsi : « *c'est seulement si l'on comprend les intentions, les logiques qui s'affrontent dans l'interaction observée que l'on peut en saisir les sens subjectifs et s'approcher ainsi de son sens « objectif»* »⁴.

Après l'énumération des différentes raisons qui m'ont amenée à choisir le récit de vie comme méthode de travail, je vais maintenant expliquer comment je vais collaborer avec mon sujet, quels outils je vais utiliser et les différentes limites que je risque de rencontrer.

2.2.2. Entretiens compréhensifs

Tout d'abord, j'ai décidé de partir sur le choix d'entretiens compréhensifs car mon but n'est pas de faire un comparatif ou encore de faire prendre à mon sujet telle ou telle direction mais plutôt de comprendre son vécu et tout ce qui l'entoure. Il faut savoir que « *la démarche compréhensive s'appuie sur la conviction que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus ; elle commence donc par l'intropathie.* »⁵ Cette affirmation démontre pertinemment les richesses que l'entretien compréhensif peut apporter.

Pour donner une définition des entretiens compréhensifs, j'ai retenu le discours de Kaufmann : « *Dans les entretiens compréhensifs, il ne s'agit pas de prélever sur le terrain de quoi répondre à des questions standardisées, mais de construire la théorie dans le va-et-vient entre proximité et distance, accès à l'information et production d'hypothèses, observation et interprétation des faits. Les techniques employées sont chaque fois référées à l'intention générale de comprendre le social aux fins de « l'objectiver », de le rendre « intelligible » et/ou de « l'expliquer ». Pour l'auteur, c'est un « renversement du mode de construction de l'objet ». »*⁶

Dans les entretiens compréhensifs, il existe quatre concepts clés :

1. **Théorisation fondée, ancrée, enracinée dans les faits** : le chercheur explore le terrain avec un minimum d'idées préconçues, juste le sentiment que quelque chose est à comprendre. Il part de l'ordinaire, laisse flotter son attention, produit, affine et organise petit à petit ses questions et ses réponses. Plus le modèle se perfectionne, plus le chercheur avance, mieux les faits sont compréhensibles.
2. **L'empathie** : il s'agira de découvrir, de connaître et de comprendre les raisons du sujet. Il est fondamental d'éviter un jugement ou d'élaborer des concepts prédéterminés. « *L'enjeu est scientifique avant même d'être éthique : l'enquêteur s'intéresse sincèrement et activement à la parole de l'interlocuteur, pour comprendre et discuter ses manières d'agir et de penser.* »⁷

³ BERTAUX D., *L'enquête et ses méthodes, Le récit de vie, 3^{ème} édition*. Armand Colin. Paris, 2010, p. 24

⁴ *Ibid*, p. 25

⁵ KAUFMANN J.-C. *L'entretien compréhensif*. Nathan. Paris, 1996, p.12

⁶ *Ibid*, p.23

⁷ *Ibid*, p.25

3. **La saturation du modèle** : au cours de l'enquête, chaque hypothèse appelle de nouvelles informations qui aboutissent ou non à de nouveaux questionnements. Les observations s'accumulent en confirmant ce qui est attendu plutôt qu'en produisant de l'inconnu. On ne parvient à ce degré qu'en recherchant les incertitudes à combler.
4. **Une preuve à long terme** : ce modèle qualitatif montre sa validité à long terme. « *Il est fiable s'il s'inscrit dans un réseau conceptuel qui rend compte des pratiques, les rend intelligibles voire en partie prédictibles.* »⁸

Dans les entretiens compréhensifs, il est nécessaire de souligner que l'informateur n'est pas interrogé sur son opinion, parce qu'il possède un savoir précieux. Ce sont pour ces différentes raisons, que le choix d'utiliser ce type d'entretiens est advenu naturellement.

Pour que je puisse être la plus cohérente possible lors de mes entretiens, il s'agira de retenir certaines attitudes positives à adopter : je devrai manifester une attitude neutre, faire preuve d'une écoute attentive et active, respecter les silences et de ce fait ne pas interrompre mon sujet, encourager la personne, réduire les distances qui peuvent exister de par la différence de statut social ou culturel entre mon sujet et moi, faire preuve d'empathie et me montrer intéressée et disponible. De plus il est nécessaire de préciser encore deux éléments concernant la posture à adopter par rapport à l'interviewé. Premièrement, il est important d'analyser le discours et de ne pas seulement recueillir la parole et deuxièmement, je vais préférer l'explicite à l'implicite ou le conscient à l'inconscient dans ce qui a été exprimé. En définitive je garde uniquement ce qui a vraiment été exprimé et non ce que je pense que mon sujet voulait me dire.

Concernant les entretiens, je distingue trois niveaux temporels⁹:

1. Avant l'entretien :

Pour préparer efficacement les entretiens que j'aurai effectués, il est nécessaire que je teste mes outils (magnétophone, caméra). J'ai choisi d'employer le support vidéo pour me permettre au mieux de saisir tous les signaux non-verbaux de mon sujet durant les entretiens tels que la posture, les émotions et tout autre comportement que je pourrai utiliser. Les vidéos seront bien sûr détruites après l'analyse. J'ai également trouvé consciencieux de préparer une grille d'observation pour séparer les moments clés de la vie de mon sujet. Je dissocierais les périodes du vécu de la personne (enfance, adolescence, début de la vie d'adulte, milieu de la vie adulte ainsi que le présent) et également les domaines (famille, école, travail, entourage et loisirs). Je pense que cette manière de travailler va me permettre d'être mieux organisée et de pouvoir mettre en valeur les éléments de sa vie qui l'ont fait basculer dans la dépendance. Il est également important de mettre en évidence les rapports d'enfance du sujet car ils vont probablement influencer sur ses comportements à l'âge adulte.

⁸ KAUFMANN J.-C. L'entretien compréhensif. Nathan. Paris, 1996, p.28

⁹ JURISCH PRAZ Sarah, *Cours HES Sierre, méthodologie entretiens*, 2013

2. Pendant l'entretien :

Pendant l'entretien, je devrai distinguer les phases nécessaires pour que cet entretien se déroule le plus simplement possible et pour que la personne se mette à son aise. Tout d'abord, j'introduirai l'entretien en rappelant la consigne de celui-ci à mon sujet, et en lui répétant le but de mon travail et les outils que je vais utiliser. Ensuite, je devrai être attentive à obtenir des réponses complètes et compréhensibles. Je classerai également tous les différents éléments exprimés dans ma grille d'observation.

Il existe deux principes importants à retenir pour le bon déroulement de l'entretien : en premier lieu, je pourrai proposer une pause à mon sujet s'il manifeste des réactions émotives importantes. En deuxième lieu, en aucun cas je ne dois l'interrompre durant l'entretien ou alors donner ma propre opinion.

Finalement, je conclurai l'entretien en remerciant la personne, en faisant une synthèse de celui-ci tout en revenant sur les éléments vécus comme positifs par la personne et mis en avant par celle-ci lors de son récit.

3. Après l'entretien :

Lorsque je serai rentrée chez moi, il sera important de tout de suite reprendre l'entretien et de le retranscrire. En effet, ne pas laisser « traîner » me permettra de saisir un maximum d'informations emmagasinées dans ma mémoire à court terme. Je commencerai par observer le film enregistré pour relever les faits marquants non-verbaux. Je donnerai également un avis critique sur le déroulement de l'entretien mais aussi mes impressions spontanées.

Ensuite, arrivera la retranscription qui va me prendre sans doute beaucoup de temps, car il est nécessaire et fructueux de retranscrire l'intégralité de l'entretien. Je devrai donc réécouter mon enregistrement, ce qui va me permettre de prendre conscience des éléments entendus mais également de réaliser les éventuelles erreurs commises de ma part. Lors de la retranscription, il est essentiel de tenir compte de la ligne chronologique du récit de vie.

Pour finir, surviendra l'analyse de l'entretien et celle-ci fera émerger des questions qui vont aboutir à des concepts théoriques. De ce fait, je pourrais construire la théorie en lien avec le vécu de mon sujet, ce qui va être très constructif pour la suite des entretiens et pour faire émerger des éléments riches liés à la compréhension de mon sujet et de son vécu. Pour mon travail d'analyse, je vais me baser sur la théorie enracinée qui fait partie de la recherche qualitative. A ce sujet, j'ai trouvé un ouvrage qui définit certaines caractéristiques à adopter pour être le plus adéquat possible¹⁰ :

1. La capacité à pouvoir prendre du recul afin d'analyser avec rigueur les différentes situations

¹⁰ STRAUSS A. ET CORBIN J. *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. St-Paul. Fribourg, Suisse, 2004, p. 37

2. La capacité de reconnaître une tendance aux préjugés
3. La capacité de penser de manière abstraite
4. La capacité d'être flexible et ouvert aux critiques constructives
5. La sensibilité aux propos et aux actions des enquêtés
6. Le sens de l'engagement et du dévouement dans le travail

Ces différents éléments n'ont pas de sens si je ne les adapte pas à ma recherche. Il ne suffit pas que je les sache ou que je les apprenne, je dois faire preuve de créativité pour les comprendre. Je dois m'interroger sur les différents éléments qui entourent ma recherche et être capable de me distancer par rapport à ce travail.

2.3. Choix du sujet

Tout d'abord je tiens à argumenter le choix de mon sujet. Pourquoi ai-je choisi cette personne, sur quels critères me suis-je basée ?

En premier lieu, je connais cette personne depuis un bon nombre d'années et j'ai été informée de son vécu qui m'a tout de suite interrogée et attirée. Le parcours de mon sujet est d'une part chaotique de par ses événements de vie marquants, les traumatismes qui ont modifié le cours de son existence ainsi que ses liens parentaux. Deuxièmement, cette personne a touché à un grand nombre de produits psychotropes ; c'est ce qu'on appelle une personne « polytoxicomane » et ce mode de consommation a également attiré mon attention. Pour finir, je sais que ce sujet a fait plusieurs traitements résidentiels ainsi qu'en ambulatoire. Cependant, il a aussi connu de nombreuses rechutes et à ce jour il est sobre mais restera toujours une personne vulnérable à toute forme de dépendance. C'est donc pour cette multitude de facteurs que j'ai pris la décision de travailler avec cette personne. Il me semble qu'un parcours de vie tel que le sien pourra m'apporter des connaissances dans le domaine des addictions et aboutir à une analyse fort enrichissante.

2.4. Dimension éthique, confidentialité¹¹

Il est nécessaire lorsqu'on travaille avec des êtres humains, de respecter et préserver leur intimité ainsi que leur dignité.

Tout d'abord, il existe deux principes qui méritent d'être respectés à la lettre :

1. Le principe de non malversation : ne pas infliger de tort à autrui. Ce principe implique une abstention d'une action causant un tort.

¹¹ SOLIOZ Emmanuel, *cours HES Sierre*, « L'éthique et la déontologie de la recherche », 2012.

2. Le principe de bienfaisance : être bienfaisant en posant des actions positives, soulever les bénéfiques dans le but de les maximiser et au contraire, minimiser les torts. Ce principe implique une action d'aide.

Lors de mon travail de Bachelor je devrais également protéger les intérêts de mon sujet en utilisant un nom fictif et en gardant exclusivement pour moi ce qui a été discuté avec cette personne. Le consentement de mon sujet m'a déjà été donné. Il accepte avec intérêt de faire partie de mon étude sociale. Cependant je suis consciente qu'il n'a aucune obligation de continuer s'il souhaite, un jour, interrompre le partenariat avec moi. Je l'ai également très bien informé sur la recherche que j'allais faire, sur les outils que j'allais utiliser pour recueillir son discours ou ses faits et gestes. Ensemble, nous avons également fixé les lieux de rendez-vous : il souhaite rester chez lui pour se sentir le plus à l'aise possible. Je me dois de respecter sa décision et je me rendrai donc chez lui pour effectuer les entretiens.

Je me rends compte que son récit de vie va être significatif de son vécu et que même en utilisant un nom de fiction, un lecteur pourrait le reconnaître. Je lui ai fait part de ce fait et il m'a expliqué qu'il était vraiment au clair avec son vécu et qu'il faisait beaucoup de témoignages dans les écoles publiques. Il m'a clairement affirmé que ça ne lui posait aucun problème d'être reconnu. Malgré tous les accords reçus, je vais tout de même anonymiser mes résultats, détruire mes notes personnelles et réflexions et être très attentive aux différents éléments identifiables. J'ai également pris la décision de lui transmettre au premier entretien que nous aurons, la lettre de consentement pour lui démontrer l'intérêt et l'importance que je porte à la confidentialité de son vécu. La dimension éthique et confidentielle terminée, je vais maintenant expliquer comment vont se dérouler mes entretiens.

2.5. Limites méthodologiques

En choisissant le récit de vie, j'ai placé au centre de l'attention un être humain, mon sujet. En procédant ainsi, j'ai pleinement conscience que cette personne pourra réagir tel qu'elle le souhaite ou encore que n'importe quel événement pourra entraver le cours de son existence et de ce fait, je serai dans l'obligation de mettre fin à notre collaboration.

Elle pourrait décider de ne plus continuer ce travail car elle n'aurait plus le temps ou l'envie. Une rechute pourrait aussi venir entraver ce suivi, de par l'intensité émotionnelle potentielle que procure le récit de vie.

Mais encore, il est nécessaire que je me documente et que j'apprenne à travailler avec le récit de vie comme support méthodologique. Cette méthodologie m'est inconnue et je me dois de connaître ce fonctionnement avant d'entamer la rédaction de mon travail de bachelor. De tous les différents travaux que j'ai lus et empruntés, aucun ne comportait une méthodologie telle que la mienne. Cet « inconnu » me fait peur mais il me pousse à me dépasser et à m'impliquer au maximum dans cette dernière étape vers l'affirmation de mes capacités professionnelles.

Bien que toutes ces limites puissent être difficiles, je prends le risque de débiter ce travail de bachelor avec enthousiasme.

Il existe également d'autres limites méthodologiques auxquelles je pourrais être confrontées mais la plupart d'entre elles a été explicitée dans le point « choix de la méthode ». La « fausse subjectivité », la fiabilité de la méthode, l'importance de l'anonymat, etc. Tous ces différents risques ont été relevés lors des précédentes parties de mon écrit.

2.6. Ressources méthodologiques

Les différentes ressources méthodologiques ont principalement été exprimées à travers le choix de la méthode au point 2.2.

Cependant, je perçois une autre ressource méthodologique intéressante pour la rédaction de mon travail de bachelor.

En utilisant une méthodologie inversée, je pourrais innover une nouvelle méthode de fonctionnement, qui selon moi, pourra servir de « modèle de base » à d'autres étudiants qui pourraient avoir envie de partir sur une recherche basée sur un récit de vie. Tout sujet mérite d'être approfondi selon une méthode qui lui est propre. Afin d'atteindre les objectifs d'un travail de bachelor, le choix de la méthode se montre crucial et il est important que les enseignants soient ouverts à ce sujet.

A cette étape, il est encore abstrus pour moi de visualiser les différentes ressources méthodologiques puisque cette méthode de travail n'a pas encore été expérimentée. Je reste cependant convaincue par le choix du récit de vie et j'espère que les lecteurs auront du plaisir à découvrir cette expérience.

3. LE RECIT DE VIE, ENTRETIENS

3.1. Retranscription des entretiens

Avis :

Afin de protéger l'anonymat de mon sujet, l'utilisation de noms d'emprunts pour toutes les personnes citées, s'est avérée cruciale.

La retranscription se rapprochera au maximum du récit exprimé lors des entretiens.

1^{er} entretien :

Mercredi, 15 janvier 2014, à 13h30, rencontre chez elle / durée d'entretien : 1h

Avant de débiter le premier entretien, il a été nécessaire d'expliquer la réalisation de ceux-ci (durée et fonctionnement), de planifier les rencontres, d'assurer l'anonymat de son parcours de vie et de remercier mon sujet pour son importante collaboration.

« (Grand silence...), je suis née le 6 mars 1964 à l'hôpital de Sion, j'ai habité Isérables, un petit village du Valais. J'ai quand même eu une belle enfance, j'ai eu pas mal d'affection parce que j'ai vu des photos avec mon papa qui me prenait souvent dans les bras. Mais je n'arrive pas vraiment à m'en souvenir, je vois seulement les photos.

J'ai eu un frère, en 1968, mais avant la naissance de mon frère, j'étais déjà très sale gamine. J'ai fait des conneries ; par exemple j'allais chez ma tante à Vouvry et j'ai fugué, j'ai sauté du balcon, j'avais 3-4 ans. Je n'avais pas envie de rester enfermée, alors j'ai sauté du balcon pour rejoindre ma tante chez le coiffeur. A cette époque, j'avais aussi déchiré toute la tapisserie chez ma tante, c'est après ça que j'ai reçu mon premier coup de ceinturon de mon papa. Ça je me rappelle, j'ai des souvenirs précis ! On était dans le salon, ma tante a expliqué mes bêtises à mon papa, ma maman avait reproché à ma tante d'avoir dit à mon papa. Après mon papa a sorti le ceinturon et m'a donné des coups avec. Je me rappelle comme si c'était hier, ma maman et ma tante sont restées au salon et moi j'ai reçu les coups au corridor. Il y a personne qui a bougé, ma maman n'a rien osé dire mais elle en était malade. Ma tante pleurait, enfin bref.

Avant que mon frère naisse, vers 4 ans, j'ai bu la moitié d'une bouteille de cognac aux œufs, j'ai eu mon premier contact avec l'alcool. Je me rappelle très bien, j'ai été chercher la bouteille dans l'armoire de la cuisine, je savais que mes parents mettaient l'alcool à cet endroit parce qu'ils m'avaient déjà donné goûter. Ils me donnaient aussi fumer du cigare à 3 ans. Moi j'aimais bien le

cognac aux œufs, ça avait bon goût ! Le samedi matin, quand mes parents dormaient, j'ai profité d'aller à la cuisine ; je vois toujours cette vieille bouteille Morand de cognac aux œufs. J'ai été en-là, j'ai bu la moitié de la bouteille de cognac aux œufs, à 6h le matin. Après je pense, que j'étais complètement bourrée, je me rappelle que j'ai été me coucher et après je me souviens plus de rien. Je sais que le matin, quand mon papa et ma maman se sont levés, ils se sont dit que c'était bizarre parce que je n'étais pas encore réveillée et ils sont venus me voir dans la chambre. Ça c'est eux, qui m'ont raconté. Ils n'arrivaient pas ouvrir la porte, ils m'ont expliqué que j'avais beaucoup de force, parce que j'avais tiré le lit contre la porte pour pas qu'ils puissent ouvrir la porte. J'étais déjà maligne à cette époque. Mes parents étaient estomaqués, ils ont raconté à toute la famille. Enfin bref, après ils ont pu rentrer dans la chambre, tout d'un coup, ils ont senti une odeur de cocons pourris ; j'avais tout gerbé dans le lit. Alors après, à midi, quand on était à table ; ça je me rappelle ! Ma maman avait fait des spaghettis, je me rappelle trop. Mon papa arrive près de moi et sort la bouteille de cognac aux œufs et il me la met devant les yeux et me dit « voilà ton dîner ! ». Il paraît que moi, je n'avais pas dit non, je voulais encore boire du cognac aux œufs, je n'étais pas dégoutée, j'ai jamais été dégoutée. Je pense que c'est à ce moment-là, je ne sais pas. Je voulais reboire, et ils m'ont enlevé la bouteille. Je vois encore les spaghettis dans la casserole rouge et la bouteille de cognac aux œufs à côté. Par contre je ne me souviens plus des effets de l'alcool, je sais juste que j'aimais le goût sucré.

En 1968, mon frère est né, mais je n'ai pas beaucoup de souvenirs de mon enfance avec mon frère. J'ai des souvenirs quand on faisait des activités ensemble, en famille, on allait au chalet, faire du ski, mais je n'ai pas de grands souvenirs ! (Silence, réflexion) Mon papa nous a toujours incités à faire du sport ; à 3-4 ans, j'ai commencé le ski. Quand j'ai commencé l'école, à 5 ans, on est parti en colonie de vacances. Déjà à cette époque-là, l'école ce n'était pas mon truc ! (Grand silence) Je sais que l'été, soit on allait dans notre Mayen, soit on allait en colonie en Italie avec mon frère. Il était l'un des plus jeunes et je devais m'occuper de lui. Je me rappelle, comme si c'était hier, une fois mon frère arrive dans notre dortoir, il pleurait beaucoup parce qu'il n'avait plus d'habit propre. Justement en Italie, j'ai fait des conneries, j'ai fugué avec une autre fille. On a du faire une semaine de corvée en cuisine. On était punies. Je me révoltais parce que je ne supportais pas qu'on me donne des ordres ; déjà à cette époque, je voulais voir autre chose. Je voulais voir comment c'était la vie, j'étais toujours cachée dans ce bled, à Isérables !

Après ça, j'étais trop grande pour aller en colonie, alors mes parents me mettaient deux mois loin pour travailler l'été. J'ai été travailler en bas à Saillon garder une gamine, je me souviens je regardais Isérables, mon dieu je m'ennuyais trop ! Mon dieu, là, j'ai aussi fait une connerie, j'ose ne pas dire. J'avais envie de remonter en Isérables, j'avais envie que la petite elle aille une semaine à l'hôpital alors une fois, j'ai mis un petit peu de sulfate dans le biberon. (A ce moment-là, elle me demande si je dois noter cette information). Je ne suis pas tellement fière d'avoir fait ça ! La petite n'a rien eu. J'avais 10 ans, c'était ma première expérience. Après, vers 11 ans, en 5^{ème} primaire, je n'aimais pas l'école ! J'ai été travailler dans un restaurant, à Fays et, je me souviens que mon papa s'arrêtait presque tous les soirs boire un verre. Je me sentais tellement frustrée, de ne pas pouvoir rentrer à Isérables avec lui ; je ne pouvais pas aller à la maison, je devais rester là. Ça c'était assez difficile, j'aurai préféré ne pas le voir (son papa). Le truc positif, c'est que je voyais souvent un copain qui habitait là-bas.

Après ça, plus rien n'allait, vers 11 ans, je travaillais plus du tout à l'école, j'aimais plus l'école, c'était une catastrophe. C'est là que j'ai commencé à aller à la cave avant l'école pour prendre une pomme et y'avait plein de bouteilles. Alors avant que j'avais un truc important à l'école, un examen, ben j'allais boire. J'avais l'impression que j'avais plein de capacités et que je faisais des meilleures notes ! Je me souviens de la première fois, le jour-là, à l'école, j'ai assuré comme un Dieu ! C'est pour ça qu'après je buvais avant d'aller à l'école quand j'avais quelque chose d'important. Ça me redonnait confiance en moi, ça me reboostait ! J'avais l'impression de tout savoir et que mon QI se développait à fond ! Alors là, je me suis dit, j'ai vraiment trouvé la bonne solution. Mais à cette époque-là, ce que j'ai oublié de dire c'est que j'avais mon sport, j'allais courir tous les jours. Quand je travaillais à Fays, dans le restaurant, j'allais tous les soirs courir, des fois j'allais jusqu'à Nendaz, aller-retour. J'avais besoin de courir pour être bien, j'avais vraiment besoin. Je faisais des courses, je courais dans les écolières.

L'été d'après, je suis partie travailler à Vulliens, dans le canton de Vaud, fille au pair dans une ferme. Les patrons étaient très gentils mais je bossais beaucoup, de 7h le matin jusqu'à 22h. Je devais faire tout ce qui avait à faire dans la ferme, le jardin, garder la gamine. Là, j'allais courir tous les soirs, et j'avais fait une compétition, mes patrons m'avaient inscrite parce qu'ils savaient que j'étais bonne en course à pied. Je devais courir avec la jeunesse du village, j'étais toute contente ! J'ai fait gagner le village parce que j'étais arrivée 1^{ère} et je suis passée à la télé quand je courais.

Après ça, ça s'est gâté parce que j'ai connu le frère de la patronne, je me souviens, il faisait de la lutte. Il avait 20 ans, et moi j'avais 12 ans. Je suis restée deux mois là-bas, et vers la fin, un samedi, mes patrons étaient invités dans un mariage. Ils ne voulaient pas me laisser seule alors le frère de la patronne est resté avec moi à la ferme. Je vois encore sa tête maintenant, mais je ne me souviens plus de son nom. On regardait la télé, je vois encore comment était le salon, je vois la ferme, c'est comme si c'était en vrai, je la vois toujours. On était dans le salon, et il a sorti une bouteille d'alcool et on a bu des verres, j'étais contente de pouvoir boire. Je crois que c'était de la menthe verte. Après il m'a amenée dans la chambre et je me souviens juste que ça me faisait tellement mal et que j'avais les larmes qui coulaient toutes seules. Il avait commencé à me toucher dans le salon, mais je n'osais rien faire ! Je n'ai pas de souvenirs précis, je pense à cause de l'alcool. Le lendemain, quand je me suis réveillée, il n'était plus là, pi y'avait plein de sang partout dans le lit. J'ai enlevé les draps, mis dans un sac à poubelle et je les ai jetés. J'avais tellement honte, je savais plus quoi faire, à l'époque y'avait pas de natel, rien ! Alors, deux jours après, je me souviens y'avait un téléphone dans le corridor et j'ai été appeler ma cousine. Elle travaillait à Evolène et je lui avais raconté ce qui m'était arrivé, en gros. Mais jamais j'aurai osé dire ça à mes parents ! Ma cousine m'a aussi dit que je ne pouvais pas le raconter ! En plus, j'avais vraiment trop honte ! A l'époque, on ne pouvait pas parler de ça, la mentalité était trop fermée, on n'a jamais parlé de sexualité. Je n'avais encore pas mes règles en plus !

J'ai jamais compris pourquoi mes parents me mettaient travailler ailleurs, on n'a jamais pu partir en vacances ensemble. Je pensais que c'était normal parce que tous les jeunes d'Isérables, partaient travailler ailleurs mais j'étais quand même énervée parce que je m'ennuyais beaucoup. C'est maintenant que je me rends compte qu'on a quand même eu une vie où on a du bosser. On ne pouvait pas partir en vacances !

Par rapport à l'abus, j'ai essayé d'oublier, j'ai complètement refoulé ! Au début, je faisais des cauchemars. Quand j'ai recommencé l'école je n'ai plus fait de cauchemars à Isérables. Cette année-là j'ai loupé mon année scolaire en 5^{ème} primaire. J'en avais plus rien à foutre tout ce qui comptait pour moi c'était le sport. J'étais mal vue, mes parents m'ont sermonnée. Pour eux, c'était l'image qui était importante, ce que les gens penseraient. Mon papa a toujours été fier de moi dans le sport, quand j'étais championne Valaisanne et Suisse de course. Tous les mercredis, l'hiver, j'allais skier c'était quelque chose de positif pour moi dans ma vie. Heureusement que j'avais ça ! Pour mon papa, je devais toujours faire mieux, améliorer mon temps. Toujours plus ! Même si j'arrivais première, je devais avoir plus d'écart avec la deuxième. Il n'était jamais content avec moi mais devant les autres il se vantait de mes prestations. Une semaine, je n'ai pas été m'entraîner pour agacer mon papa, il m'a dit que je ne pourrai pas participer au championnat valaisan parce que je n'avais pas été m'entraîner ! Le dimanche matin, le jour de la course, il est venu me réveiller et je lui ai dit que je n'allais pas ! Pour finir, j'ai été parce qu'il m'a dit que si je gagnais il m'offrirait une paire de chaussure Adidas. J'ai été, sans me prendre la tête vu que je n'avais pas fait d'entraînement et je suis arrivée première ! Après, j'arrive à la patinoire où travaillait mon père et je lui ai fait croire que je n'avais pas fait la course ! Pour finir, j'ai sorti les résultats et la médaille ; alors là il était trop fier, trop content ! C'est la première fois qu'il me montrait vraiment qu'il était content. J'avais ma paire de baskets Adidas, j'étais tellement contente, j'ai dormi avec.

Avant de commencer l'apprentissage, en 6^{ème} primaire, j'ai été travailler l'été avec ma cousine, dans le Jura, dans un trou perdu !

On travaillait de 6h le matin à minuit, et on n'avait pas beaucoup à manger alors on allait piquer des citrons. Je me rappelle aussi que je devais nettoyer le cul du chien au patron ! Ce qui était cool c'était qu'il y avait les militaires, en passage, alors on allait discuter avec eux ! Sinon il n'y avait vraiment personne. Quand mes parents m'ont emmenée là-bas, ils en étaient malades parce que c'était vraiment perdu !

Les patrons ne s'entendaient pas bien et un jour, la patronne a foutu le camp ; le patron est parti la rejoindre, le samedi matin, et on s'est retrouvées seules avec ma cousine dans l'hôtel ! Ce soir-là, on avait un apéritif de mariage, on savait plus quoi faire, on a commencé à paniquer ! On pouvait pas appeler le patron vu qu'il n'y avait pas de natel à cette époque alors on a appelé une dame, très gentille, qui venait souvent faire des extras. Au début, on n'arrivait pas à l'atteindre. Les invités du mariage sont arrivés et rien n'était préparé, on leur a dit que le patron avait eu un accident. Pour finir, on a rappelé la dame et elle a répondu, elle a dit qu'elle arrivait. Après, la dame a donné l'adresse d'un autre restaurant qui pouvait les recevoir. Heureusement qu'elle était là cette dame !

Heureusement qu'on était les deux avec ma cousine ! Pour finir, la dame a téléphoné à nos parents pour dire qu'il fallait venir nous chercher. Mes parents ne croyaient pas que le patron était parti. Le lendemain, mes parents sont arrivés me chercher et on est rentrées avec eux. »

2^{ème} entretien :

Mardi, 21 janvier 2014, à 10h30, rencontre chez elle / durée d'entretien : 1h

« Quand j'étais en 6^{ème} primaire, je faisais beaucoup de sport, ça me faisait du bien ! Ça m'apportait beaucoup parce que l'école je n'aimais vraiment pas ! A cette époque, j'aimais pas mal boire déjà, ça m'aidait à l'école et ça me donnait confiance en moi et m'apportait de l'assurance. Ça venait pas mal régulier, 1 à 2 fois par semaine, mes parents ne se sont jamais aperçus ! Je n'aurais jamais pensé devenir alcoolique !

Je trouve que mon papa me dévalorisait trop ! Pour lui, j'étais bonne que pour le sport, il me disait que de toute façon je n'arriverais jamais à rien, que je ne ferais jamais rien dans ma vie.

Au cycle, j'avais tout le temps la pression de mon papa, si je ramenaient des mauvaises notes, alors j'étais tout le temps sous pression. Plus tard, j'ai perdu ma grand-mère et ça m'a fait beaucoup ! C'est un truc qui m'a beaucoup marqué ! J'étais très proche d'elle, on se voyait très souvent, on allait manger chez elle 2 fois par semaine ! C'était la première fois que je perdais quelqu'un de proche et que je me suis rendue compte de ce que c'était !

Au cycle, je faisais que des conneries, j'aimais déjà bien l'alcool ! J'étais au cycle à Leytron, et à midi je restais là-bas manger alors après le dîner, avec une équipe on allait au bistrot boire de l'alcool ; on était mineur mais avant, les patrons s'en foutaient de l'âge, dans les bistrots ! Après plusieurs fois, on nous a chopés et mes parents ont été convoqués. Je n'ai pas fait une de bonne durant cette première année de cycle, je n'en avais rien à foutre ! J'étais souvent punie, je pouvais plus sortir à part pour courir ; ça il ne m'a jamais interdit ! J'ai raté la première année de cycle, et là c'était vraiment la grosse catastrophe ! Je n'ai pas refait la première année, mais j'ai été en terminal, c'est une classe pour les plus faibles. En terminal, j'ai appris beaucoup de choses, par exemple on a été développer des photos. Moi je voulais vraiment devenir prof de sport, mais on m'a dit que je ne pouvais pas parce que je n'avais pas les capacités, pas les moyens ! Pour faire ça, il fallait être en cycle A et ne pas avoir redoublé de classes ! En terminal, on avait l'occasion de faire des stages, et moi j'aimais bien le travail dans la restauration, peut-être parce que y avait de l'alcool. C'est après que je me suis rendue compte de ça ! Alors, j'ai été à Saxon faire un stage, et j'ai vraiment adoré ce travail. Pour moi c'était clair, je voulais faire ça, vu que je ne pouvais pas faire dans le sport ! Mes parents m'ont trouvé une place d'apprentissage à Martigny ; moi ça m'arrangeait car je voulais partir d'Isérables, pour être libre et indépendante. Je ne voulais pas avoir toujours mes parents dans le dos ; c'est pour ça que je voulais travailler le plus loin possible d'Isérables.

Après j'ai commencé mon apprentissage, c'est là que tout a changé. Vu que j'adorais le travail que je faisais, j'ai très bien réussi mon apprentissage ; j'avais que des bonnes notes. J'aimais ce que je faisais alors je me donnais à fond. Durant ces deux ans d'apprentissage, c'est là que j'ai commencé à sortir tous les vendredis et samedis soirs ; on allait dans les bals. J'avais 16 ans à l'époque mais on pouvait rentrer dans les bals et consommer de l'alcool sans qu'on nous demande une carte d'identité. Je buvais pas mal d'alcool lors de mes sorties. Mais le sport était toujours présent dans ma vie ; malgré que j'avais arrêté les compétitions, j'avais toujours besoin du sport.

Après le boulot, je partais courir presque jusqu'à la Forclaz. Le sport m'aidait à tout relâcher, à décompresser. A cette époque, j'ai commencé à fumer des joints, le week-end dans les bals, vers 17 ans. C'est aussi à cette époque, que j'ai pris du LSD avec une équipe, un petit buvard, je m'en souviens très bien, c'était où il y a le bistrot « Le Scotch » maintenant, à Martigny. J'ai vécu une super bonne expérience, c'était vraiment très bien. Tous mes amis ont essayé alors moi aussi je voulais tester, parce que j'aimais déjà tout ce qui était interdit. J'étais pas dépendante ou quoi que ce soit parce que le produit ne se présentait pas souvent. A cette époque j'étais quand même dépendante au sport.

Quand un client me proposait de l'alcool, j'étais contente et je ne disais pas non. Quand je retournais à Iséables, certains week-ends, avec ma maman et mes tantes on faisait la tournée des bistrots. Personne ne m'a jamais interdit de boire ; pour mes proches c'était vraiment normal malgré mon âge.

En deuxième année d'apprentissage, j'ai eu pas mal de propositions. Une proposition que j'ai eue, que j'aurais dû accepter et que j'ai refusée, encore maintenant je me mords les doigts car j'aurais pu apprendre trois langues (anglais, espagnol et allemand). J'aurais pu partir sur un bateau avec une compagnie Hollandaise, mais je devais signer un contrat de six mois et je n'étais pas très bien payée. En plus, on devait toujours rester sur le bateau et on ne pouvait pas faire la fête ni boire d'alcool. On avait pas mal de restrictions. Après j'ai eu une autre proposition, pour aller au Luxembourg, dans un hôtel. Les patrons nous avaient vu travailler une amie et moi, et ils nous ont tellement trouvées formidables qu'ils voulaient qu'on aille travailler chez eux. Mais on a aussi refusé car c'était compliqué de partir à l'étranger pour nous.

Ensuite, on a eu une dernière proposition pour aller travailler à Verbier après notre apprentissage et on a accepté parce qu'on allait être nourries, logées et bien payées.

A la fin de mon apprentissage, je suis arrivée première de toute ma classe pour les examens pratiques et j'ai eu le prix d'application. Pour une fois, j'ai entendu que mon papa était vraiment fier de moi ! J'ai enfin été valorisée par mon père.

Quand je travaillais à Verbier, je voyais moins souvent ma famille mais sinon c'était vraiment super. J'étais majeure, je pouvais sortir comme je voulais, aller en boîte mais là je bossais comme une dingue. Je faisais aussi beaucoup de ski, on avait des réductions pour les abonnements. Et le soir, après le travail, à minuit, je partais courir et après je rentrais me doucher, me préparer et je partais danser en discothèque. J'ai mené cette vie-là pendant une année. Par rapport à mes relations affectives, c'était tous les soirs un mec différent parce que je n'étais jamais satisfaite, il fallait toujours que je change. A Verbier, j'ai connu des Genevois, qui avaient leur chalet là-haut, et c'est avec eux, quand j'avais 18 ans, que j'ai pris de la cocaïne pour la première fois. Après ça, j'attendais toujours le week-end pour en reprendre parce que c'était tellement bon ! Je connaissais des gens à Verbier qui en prenaient mais je n'osais pas leur en demander parce que je n'étais pas vraiment encore dans le milieu.

Quand j'ai commencé à Verbier, ce que j'ai beaucoup aimé c'est que la patronne nous offrait toujours de l'alcool après le service et elle adorait boire. Je me rappelle une fois je lui ai demandé de l'Henniez et elle a refusé de me servir du sans alcool. Ça m'allait bien parce qu'elle buvait

beaucoup, et m'influençait pas mal alors ça m'arrangeait, j'étais contente. Je gagnais bien ma vie à Verbier, passé 5'000.- par mois, nourrie, logée et blanchie ! J'ai passé de 300.- par mois en apprentissage à 5'000.- ensuite. C'est vrai que je dépensais pas mal d'argent pour les sorties, l'alcool, mais j'avais encore les pourboires !

Plus tard, j'ai fait une crise d'angoisse et je me suis retrouvée à l'hôpital ; c'était une accumulation de fatigue qui me tombait dessus. J'ai dû rester une semaine pour me reposer. Quand je suis sortie, je devais me reposer encore une semaine, alors je suis partie à Isérables mais c'était tous les soirs des sorties !

Ensuite, j'ai connu mon premier amour, Paul. Il était boulanger, pâtissier à Verbier. Je suis partie travailler à la Chaux-de-Fonds, l'été avec Paul. Je ne voyais « quedal », mais ce Paul, me bouffait tout mon pognon ! Moi j'étais amoureuse et je ne voyais rien !

A la Chaux-de-Fonds, je m'ennuyais pas mal, je travaillais dans un bar. Les patrons étaient vraiment super sympas ! A cette époque, je buvais pas mal ; je me rappelle je buvais de l'alcool fort dans des verres à Ovomaltine blanc pour que personne ne remarque. Je me souviens, c'était affreux, je n'étais pas bien. Un jour, je suis partie à Neuchâtel, parce que Paul et moi on s'était enguêlés et je savais qu'il y avait une rue à Neuchâtel où la drogue circulait beaucoup. Je me suis retrouvée dans cette rue et j'ai acheté de la cocaïne et de l'héroïne et j'ai consommé les deux produits en même temps. Je n'étais pas mal, j'étais bien après la consommation.

Une fois, j'ai failli faire une tentative de suicide, à la Chaux-de-Fond ; je voulais sauter du balcon et le téléphone a sonné, c'était mes parents, heureusement !

Quand j'ai recommencé à travailler à Verbier, ma maman m'a proposé de m'ouvrir un compte pour éviter que Paul voie cet argent. Je devais lui donner 2'500.- par mois comme ça elle me les mettait de côté et personne ne pouvait y avoir accès. Toujours à la même époque, je travaillais de nouveau au même restaurant et j'habitais avec Paul, dans un studio. Ça n'allait pas du tout entre nous, on se criait dessus tout le temps surtout parce que Paul était contre la drogue et une fois il m'a envoyé deux gifles parce que j'avais fumé un joint ! Cette saison c'était un peu catastrophique ; surtout avec Paul, il m'a trompé avec ma cousine ! Heureusement qu'il y avait le sport, ça m'aidait à fond !

L'été d'après, je suis partie travailler à Bourg-St-Pierre ; j'étais bien là-haut on pouvait fumer des pétards, et boire de l'alcool ! Une fois des gens ont ramené de la cocaïne, des champignons et du LSD et je me souviens avoir consommé de tout et ne jamais avoir eu de mauvaises expériences ! Déjà à cette époque, un produit ne me suffisait pas ; il m'en fallait toujours plusieurs pour être satisfaite. Quand je n'avais pas de produit, j'allais courir ! C'était ça le problème ! Dans le sport, j'avais des sensations encore plus fortes que dans les produits ! Surtout quand je me dépassais ; c'était ça que j'aimais ! Quand j'en pouvais plus, que j'avais mal, je continuais encore un peu et c'est à ce moment-là que j'éprouvais toutes ces sensations !

3^{ème} entretien :

Mercredi, 29 janvier 2014, à 14h, rencontre chez elle / durée d'entretien : 1h

Après la saison d'été à Bourg-St-Pierre, je suis retournée travailler à Verbier, j'ai trouvé une place sur les pistes de ski, dans un restaurant. J'étais toujours avec Paul, mais ça n'allait plus du tout ! Il n'était vraiment pas gentil avec moi alors moi je sortais, j'allais boire des verres. J'ai rencontré Xavier qui était cuisinier là où je bossais. Une fois, j'ai remarqué que Xavier était toxicomane car il piquait du nez, mais je n'ai rien dit. Au fil du temps, je suis partie de chez moi, du studio que j'avais avec Paul. J'habitais toujours là mais on ne dormait plus ensemble, on était déjà séparés !

J'ai commencé à fréquenter Xavier. Avant de faire l'amour avec lui, il m'a dit qu'il devait m'annoncer quelque chose. J'ai cru qu'il allait me dire qu'il avait un enfant avec une autre femme et pis non, il m'a annoncé qu'il était séropositif. Ça ne m'a pas trop affecté, parce qu'à cette époque le VIH était un sujet tabou et je ne connaissais pas vraiment cette maladie. En même temps, il m'a avoué sa toxicomanie ; il avait attrapé le virus à cause d'un échange de seringues. Xavier consommait de l'héroïne tous les matins ! Mais moi, je ne consommait pas avec lui, au début.

L'été là, on bossait comme des dingues et puis c'est là qu'un jour, on a pris ensemble de la cocaïne. Puis, je voulais à tout prix consommer de l'héroïne et pour finir on a consommé ensemble. C'est là que j'ai fait mon premier shoot et Xavier a fait une septicémie (infection du sang à cause de la drogue). Après ça, les seringues m'ont vraiment dégoutée. J'ai eu très peur de perdre Xavier !

Avec Xavier, on faisait beaucoup de choses, on allait skier, on partait en voyage, etc. Personne n'aurait imaginé qu'on était toxicomanes car on était bien, on avait une vie active. On a toujours travaillé !

L'hiver d'après, on a changé de travail, moi j'ai été travailler aux « Touristes » et Xavier au « Vers Luisant » à Verbier. On habitait ensemble et on travaillait pas très loin alors ça nous dérangeait pas de ne pas être dans le même restaurant. Cette année-là, on a pu mettre pas mal d'argent de côté, alors on a décidé de se fiancer en été 1986. A cette époque, l'alcool était présent tous les jours, avec Xavier on buvait beaucoup. Pour moi l'alcool m'apportait que du positif, jamais je n'aurai pensé devenir alcoolique ; je ne savais pas ce que c'était !

A cette époque, je travaillais aussi dans les comptoirs. Quand Xavier venait me trouver à Lausanne, on profitait de consommer beaucoup de produits car la consommation de drogues n'était pas tous les jours pour moi. On travaillait beaucoup mais on ne se privait de rien financièrement, on a profité au maximum !

L'année après nos fiançailles, en 1987, on a parlé de se marier et on s'est donc mariés au mois d'octobre. Après ça, on a trouvé un travail ensemble dans un autre restaurant sur Verbier, on avait exactement les mêmes horaires, les mêmes jours de congé. On a fait la saison en haut et ensuite on avait envie de changer un peu. Xavier était intéressé par la diététique et voulait faire une formation là-dedans. Xavier a trouvé une place d'apprentissage de diététicien dans un hôpital. Pendant cette année, Xavier gagnait 700.- par mois parce que c'était un apprenti. Mais heureusement, on avait pas mal d'argent de côté. On a déménagé à Martigny et moi j'ai trouvé un boulot dans un café à

Martigny. C'était vraiment une année génial ! Je faisais 8h de travail par jour alors ça me changeait énormément du boulot en station. Avec Xavier on ne se privait de rien, on allait skier, le week-end on partait. L'année-là, on consommait pas mal de drogues, ça venait assez régulier, depuis qu'on était à Martigny. Xavier était à la méthadone mais consommait de temps en temps de l'héroïne quand même. Xavier a terminé son apprentissage de diététicien avec de très bons résultats. Par contre, il devait trouver une autre place de travail car l'hôpital où il était, ne prenait que les apprentis. Il a donc trouvé une place dans un autre hôpital et il a été engagé en tant que cuisinier-diététicien. Xavier était un toxicomane mais pas comme certains toxicos !

Vers 1989, on avait envie de fonder une famille, d'avoir un enfant. On s'était alors renseigné à cause de la maladie de Xavier ; moi je voulais prendre le risque mais Xavier n'était pas d'accord. Le médecin a alors proposé l'insémination artificielle et on a été d'accord. Je me souviens, mon beau-père voulait faire un don de sperme, et le médecin nous a expliqué que c'était mieux de faire appel à un donneur anonyme. On a alors accepté de faire une insémination avec un donneur anonyme. On est donc parti faire ces inséminations, au CHUV, à Lausanne. Le docteur nous avait expliqué que ça pouvait durer très longtemps avant que ça fonctionne, entre 3 ans et 9 ans, avant de tomber enceinte. Avec Xavier, on s'est alors dit qu'on avait le temps et donc la consommation de produits se faisait très régulièrement. J'ai commencé les inséminations à la fin 1989 ou début 1990, je ne me souviens plus exactement.

Dans ma famille, personne ne savait que Xavier était séropositif alors on n'a rien dit, à mes proches, sur les inséminations. J'ai été faire ma première insémination et ça n'a pas fonctionné ! Ensuite, j'ai été faire une deuxième insémination. Le mois suivant, j'avais du retard avec mes règles et je me suis dit que ce n'était pas possible ; que c'était sûrement psychologique parce que le médecin m'avait dit que ça prenait du temps. Alors j'ai attendu encore dix jours et pour finir, Xavier et moi sommes partis à la pharmacie pour faire un test de grossesse. Je devais faire pipi dans un gobelet et revenir une heure après pour le résultat. On attendait dans un bistrot, et Xavier est parti chercher le résultat. C'était positif, j'étais enceinte. A cette époque, je continuais de consommer de l'héro et de boire ; ça m'a quand même stressée parce que je ne m'attendais pas à tomber enceinte autant rapidement. Ça m'a quand même fait un déclic, je me suis dit que je devais arrêter tous ces produits ! J'ai tout arrêté sauf l'alcool ; je buvais quand même tous les jours un petit peu. Avant, il n'y avait pas beaucoup de prévention contre l'alcool pendant la grossesse.

Pendant ma grossesse, je n'ai jamais été autant en forme ! C'était vraiment une très belle période ! Xavier consommait toujours un peu d'héroïne, mais était sous méthadone toujours. Il a dû partir 1 mois en prison pour trafic de drogues. J'étais pas mal angoissée et le médecin m'a prescrit des anxiolytiques.

Le 10 octobre 1990, j'ai accouché d'une petite fille qui était en pleine forme. J'avais arrêté tous les produits, j'étais en pleine période d'allaitement. Dans ma tête, je me réjouissais de finir d'allaiter pour pouvoir aller consommer. J'ai amené ma fille chez mes parents à Isérables, pour deux jours et Xavier et moi, on est allé manger un gastro, boire et prendre de la cocaïne et de l'héroïne. Avec ma fille, j'assurais, je consommais des drogues seulement quand elle était à Isérables, chez ses grands-parents. Par contre l'alcool, c'était tous les jours.

L'année-là, Xavier commençait à tomber souvent malade, il avait pas mal de problèmes avec les poumons. Moi je faisais que les comptoirs, j'ai arrêté de travailler au bistrot mais j'avais besoin des comptoirs pour mon moral, le job m'aidait beaucoup. Le jour des 1 ans de ma fille, j'ai dû partir à l'hôpital avec Xavier, il était entre la vie et la mort à cause d'une infection due à sa maladie. Il s'en est sorti par miracle mais je n'ai vraiment pas passé un moment agréable. J'ai vraiment eu peur de le perdre ! J'avais pas mal de soucis et je consommais beaucoup de produits. J'ai pas mal flippé, ma fille était petite et j'avais besoin de mon mari ! Mais je n'ai jamais pensé qu'il allait mourir. Dans ma tête, il ne pouvait pas mourir, je ne voulais pas reconnaître, pour moi c'était inconcevable que mon mari meurt ! Xavier n'a jamais perdu son travail malgré ses problèmes de santé et son séjour en prison ; il travaillait vraiment bien ! On faisait beaucoup de choses, les trois, l'été on partait en vacances, ma fille est montée sur les skis vers 2 ans et demi - 3 ans. Vers 1992-1993, Xavier faisait très souvent des séjours à l'hôpital, sa santé se dégradait petit à petit, il maigrissait beaucoup. J'étais tout le temps en soucis. Quand on était à Isérables, on devait tout le temps jouer la comédie ; je disais à mes parents que Xavier avait une maladie congénitale des poumons. Je devais toujours mentir, c'était fatiguant. Heureusement que je pouvais encore travailler dans les comptoirs, ça me relâchait un peu et heureusement que j'avais ma fille.

A cette époque, il y avait pas mal de consommation ; une fois j'ai fait une overdose quand Xavier était à l'hôpital. J'avais bu de l'alcool fort et j'ai consommé de l'héroïne et de la cocaïne. Je faisais tout en cachette, à cette époque ; je buvais déjà le matin pour ne pas trembler. Xavier ne savait pas ; l'alcool, ça m'aidait pour voir Xavier dans l'état qu'il était. On n'avait plus de relation parce qu'il était trop faible, et trop malade. Ce n'était vraiment pas une bonne période, heureusement que ma fille était là.

En fin 1995, Xavier devait faire trois mois de prison mais il n'a pas eu le temps car le 5 décembre 1995 il est tombé dans le coma et il est décédé le 8 décembre suite à une infection due au VIH. Je le voyais dépérir de jour en jour, j'en avais tellement marre et je culpabilisais car moi je n'étais pas séropositive alors des fois je voulais aussi être malade pour qu'on puisse être les deux. Je prenais sa brosse à dent, je me rasais avec son rasoir mais je n'ai rien eu ; je n'étais pas consciente de ce que je faisais.

4^{ème} entretien :

Lundi, 3 février 2014, à 13h30, rencontre chez elle / durée d'entretien : 1h

Au mois de décembre 1996, je suis montée à Isérables pour les fêtes et j'ai fait une overdose le 26 décembre. Mes parents m'ont amenée en urgence à l'hôpital de Sion et c'est là qu'ils ont appris que je prenais de la méthadone. Ils ont été très choqués lorsque les médecins leur ont expliqué ce que c'était.

Je suis restée deux semaines à l'hôpital et durant ce séjour, deux personnes de la LVT sont venues me trouver. Sur le moment, ces deux personnes ne m'ont pas vraiment aidée parce que je

n'acceptais pas encore ma maladie. C'est par la suite que ça m'a aidé car je savais que la LVT existait.

Je devais vivre sans Xavier et c'était vraiment difficile ; heureusement que je faisais les comptoirs ça me permettait de penser à autre chose. A cette époque, ma fille demandait beaucoup de l'aide à la famille en expliquant que je n'étais pas bien et qu'elle ne voulait pas rester seule avec moi. Des fois elle partait, elle allait à pied jusque chez ma belle-mère. Je me souviens que je buvais tous les matins à jeun pour éviter les tremblements mais je ne me rendais toujours pas compte de mon problème d'alcool, je pensais que c'était le stress ou les angoisses. Un jour je me suis rendue compte que quand je buvais le matin, les tremblements disparaissaient et deux heures après ils réapparaissaient et je devais à nouveau boire ; alors pour finir je buvais toute la journée. Avant de réveiller ma fille, je devais boire car j'avais l'impression de ne rien savoir faire sans avoir bu. J'étais très angoissée, je n'osais pas répondre au téléphone tant que je n'avais pas eu ma dose.

J'ai fait beaucoup d'overdoses à cette époque et je me retrouvais tout le temps à l'hôpital. Il est arrivé un moment où toute ma famille en avait marre et c'est là que j'ai décidé d'appeler la LVT. J'ai eu un entretien à la LVT et je suis arrivée en ayant consommé beaucoup de produits et je suis tombée dans les pommes au milieu de la LVT. Je me suis donc retrouvée à l'hôpital encore une fois et je me souviens que j'étais vraiment au fond du bac. Je savais qu'il fallait que je me reprenne en main parce que je n'allais vraiment pas bien et j'avais déjà eu pas mal de menaces qu'on m'enlève la garde de ma fille. Je buvais énormément, parfois deux bouteilles d'Abricotine par jour, mon Dieu je me rappelle de ça !

J'ai eu contact, à la LVT avec un Monsieur qui m'a beaucoup aidée et je pense que c'est grâce à lui que j'ai eu le déclic pour m'en sortir. C'est lui qui m'a parlé de la Villa Flora à Sierre.

Un jour, j'ai eu rendez-vous avec mon conseiller LVT pour aller visiter la Villa Flora et passer une préadmission là-bas. Avant de partir, j'avais pas mal bu et j'avais consommé de l'héroïne ; après ça je ne me souviens de rien. Entre Sion et Sierre, je suis tombée dans le coma, c'est mon conseiller qui m'a tout expliqué. Il m'a alors amenée à l'hôpital de Sierre, et quand je suis arrivée à l'hôpital, je n'avais plus de pouls. Les médecins ont alors dû me réanimer. Quand je me suis réveillée, je ne me souvenais plus de rien, tout ce que je voulais c'était sortir de cet hôpital. Tout d'un coup, il y avait au moins vingt médecins autour de moi et ils m'ont dit que j'étais une miraculée. J'avais 4,8 d'alcool dans le sang et j'avais aussi de la cocaïne et de l'héroïne. Je me souviens que je demandais aux médecins si je pouvais juste aller chez moi chercher des affaires de rechange et ils ont tout de suite refusé parce qu'ils savaient que je voulais aller chercher des produits. Ils avaient raison, je voulais vraiment aller chercher du produit parce que je n'avais rien sur moi.

J'ai fait un sevrage à sec, sans rien et c'était vraiment horrible ! J'ai eu des douleurs affreuses, j'avais l'impression d'avoir un rat qui me rongeaient de l'intérieur. Je devais taper mes jambes contre le mur tellement j'avais mal ; je voulais me les arracher.

Le deuxième jour que j'étais à l'hôpital, je me souviens qu'un médecin est venu discuter avec moi et il m'a demandé si je voulais que ma fille devienne orpheline. C'est à ce moment-là que j'ai eu le déclic ! Alors là, j'ai direct demandé à appeler mon conseiller LVT parce que j'étais d'accord de rentrer à la Villa Flora. J'étais enfin prête de faire quelque chose. J'ai donc eu une visite d'un

thérapeute de la Villa Flora et je me suis très vite sentie à l'aise. Pendant ce séjour à l'hôpital j'ai pu participer à des réunions des Alcooliques Anonymes. Je me souviens que j'étais très angoissée avant d'aller et je me disais qu'il y aurait que des vieux alcooliques et que j'allais sûrement être la seule femme. Quand je suis arrivée, j'ai très vite remarqué que ce que je pensais était faux ; je me suis sentie bien entourée. J'étais vraiment contente car je remarquais que je n'étais pas la seule jeune. Au début, je n'arrivais vraiment pas à dire que j'étais alcoolique ; c'était vraiment difficile d'assumer ce statut.

Au mois d'avril 1997, j'ai accepté de rentrer à la Villa Flora. Les premiers temps que j'étais là-haut, je mentais beaucoup parce que je voulais sortir le plus vite possible. J'étais vraiment dans le déni. Je me souviens aussi que je compulsais beaucoup dans les tâches ; je n'arrivais pas à rester sans rien faire.

Après cinq semaines, on a fait un bilan et ma thérapeute m'a demandé si j'étais vraiment honnête envers moi-même et les autres. A ce moment-là j'ai réfléchi et je me suis dit : soit je continue de mentir, je sors plus vite et je vais reconsumer ou alors je déballe tout et je fais confiance au traitement. J'ai pris la bonne décision et j'ai tout dit concernant ma consommation. Ma durée de traitement a alors passé de 5 semaines à 11 mois.

Petit à petit, je commençais à aller mieux, les symptômes de manque diminuaient mais j'ai ressenti ces symptômes de manque pendant quand même 6 mois.

Je ne voulais pas parler de la séropositivité de mon mari et ma thérapeute a remarqué que j'avais encore des choses à sortir mais je lui ai dit que je ne voulais pas trahir la mémoire de mon mari. Pour finir j'ai tout expliqué à ma thérapeute et elle m'a proposé de tout avouer à ma famille. Ils ont alors été convoqués un jour à la Villa Flora, et je leur ai tout expliqué concernant ma consommation et par rapport à la séropositivité de Xavier. Mes parents étaient choqués ! Ils ne comprenaient pas que j'aie dû porter ce poids pendant tout ce temps. Par rapport à l'insémination de ma fille, je n'ai rien voulu dire ni à ma thérapeute ni à ma famille. Je n'étais pas encore prête à parler de ça.

A la Villa Flora, j'ai fait un grand travail sur moi et ça a vraiment été quelque chose de positif dans ma vie. Par contre, je compulsais beaucoup dans le sport, les thérapeutes devaient me freiner. Je me suis vraiment beaucoup investie dans le traitement, je faisais beaucoup les groupes (AA, NA), je participais à 5 groupes par semaine. Au niveau physique aussi, je me sentais beaucoup mieux, j'avais pris 12 kilos et j'étais en pleine forme.

Par contre, j'ai dû faire le deuil de mon métier de sommelière et j'ai très mal accepté ça. C'était un travail que j'adorais ! Je ne me voyais pas travailler dans quelque chose d'autre mais j'avais trop de tentations avec l'alcool ; j'étais confrontée quotidiennement au produit alors il fallait que je quitte ce milieu.

Pendant mon traitement, ma fille est partie vivre chez mon frère ; elle n'a jamais été perturbée, d'ailleurs c'était la première de toute l'école. Je suis vraiment contente car je n'ai jamais perdu sa garde.

Quand je suis sortie de la Villa Flora, j'ai continué à faire des groupes et j'étais très bien dans ma tête et dans ma peau. J'ai rencontré un homme et je suis tombée amoureuse de lui, mais malheureusement ça n'a pas fonctionné parce qu'il avait également un problème d'alcool et il était aussi dépendant affectif.

Ma fille était revenue à la maison et j'étais tellement contente. On faisait beaucoup de choses ensemble ! Je faisais aussi beaucoup de témoignages ; tout ça m'a beaucoup aidée. En tout cas, si je n'avais pas eu les groupes je ne sais pas si j'aurais tenu le coup ! Pour moi c'était vraiment une importance capitale de faire les groupes quand je suis sortie de la Villa Flora !

Après 2 ans d'abstinence, je me souviens que j'ai fait mon témoignage au groupe NA et j'ai avoué l'insémination de ma fille, je me suis vraiment sentie prête. En 1999, j'ai tout avoué à ma fille et elle a vraiment bien pris ; elle nous a trouvés courageux. J'ai aussi décidé de tout dire à mes parents ; mon papa n'a pas très bien pris car il parlait de lien de sang et s'énervait mais après il a fini par accepter rapidement. Il n'a jamais été différent avec ma fille, il l'aimait plus que tout.

5^{ème} entretien :

Jeudi, 13 février 2014, à 14h30, rencontre chez elle / durée d'entretien : 1h

En l'an 2000, j'ai décroché un travail dans une école de Martigny en tant qu'aide de cuisine.

J'ai oublié de parler de mon déménagement ; après la Villa Flora, on m'a conseillé de déménager pour prendre un nouveau départ et c'est vrai que j'avais beaucoup de souvenirs de consommation dans l'ancien appartement et ma fille disait qu'elle sentait la présence de son papa. Au début je ne voulais pas déménager, mais pour faire le deuil de mon mari je savais qu'il fallait que je parte.

J'ai aussi oublié de parler de la méditation ; juste avant de décrocher mon travail à l'Ecole Professionnelle, j'ai suivi un cours de méditation de 10 jours sans parler et sans fumer. La méditation m'a permis de faire le deuil de mon mari et ça été vraiment positif dans ma vie. Pendant la méditation, j'ai appris à observer mes émotions et j'étais vraiment zen, je n'avais plus d'angoisse et ça m'a vraiment aidée !

A cette époque aussi, j'ai commencé à faire du sport avec une association, j'avais pas mal d'activités à cette époque. Cette association m'a également beaucoup apporté. Nous étions plusieurs toxicodépendants, suivis par la LVT et nous faisons plein d'activités sportives, deux à trois fois par semaine, avec un coach qui nous encadrait ; on faisait du fitness, des marches en montagne, du badminton, de la course et plein d'autres activités. C'était vraiment génial !

A l'école, je travaillais à 50%, c'est pour ça que je pouvais faire plein de choses à côté. C'étaient vraiment des bonnes années.

Au début 2001, au mois de janvier, j'ai perdu ma maman. Heureusement que j'étais bien entourée par les groupes, le sport, le travail et la méditation, je pense que sans tout ça j'aurais rechuté !

J'ai pu faire le deuil de ma maman grâce à la méditation, j'ai vraiment pu sortir mes émotions, j'ai beaucoup pleuré mais c'était positif, il fallait que ça sorte parce que ça faisait 2 ans que je n'arrivais plus à pleurer. La méditation c'était comme si j'avais fait un nettoyage intérieur de moi. Je n'arrive pas vraiment à expliquer mais c'était vraiment positif.

Après ça, mon papa m'a reproché la mort de ma maman ; il m'a dit que c'était de ma faute si elle avait le cancer ! Là, il m'en a voulu ! Il me disait qu'elle avait trop eu de soucis pour moi.

Cette année-là, je faisais toujours les groupes et beaucoup de sport, presque 6 fois par semaine ! J'étais bien dans ma tête et bien dans ma peau. Mais en 2003, j'ai rencontré un homme qui lui aussi était un ex-toxicomane et c'est vrai qu'on m'avait toujours dit de ne jamais sortir avec quelqu'un qui avait le même problème que moi. Mais je n'ai pas écouté mon entourage et j'ai entamé une histoire avec cet homme. Il était clean et moi aussi alors je ne voyais pas de problème. Fin 2003, ça n'allait plus très bien parce que mon ami a rechuté et moi j'étais complètement dans la co-dépendance. Jusqu'au jour où j'ai trouvé des seringues dans la salle de bain et là, je n'ai pas pu accepter ! En plus, je n'étais pas vraiment amoureuse de lui et il était séropositif. Il m'a beaucoup volé d'argent et financièrement, j'étais vraiment dans la merde. Malgré ça, j'avais pitié de lui et je n'arrivais pas à le quitter définitivement. Pour finir j'ai réussi à le faire mais ce n'était vraiment pas facile.

En 2005, j'ai perdu mon travail, ils voulaient restreindre le personnel et ils n'avaient plus besoin de moi. Ça je n'ai vraiment pas accepté et ça m'a vraiment fait un grand coup ! C'est à cette époque-là, au mois de mai 2005, que j'ai fait ma rechute. Je me souviens, j'étais à la Coop et j'ai acheté des petites bouteilles d'alcool fort. Je me souviens que j'étais en ville et j'avais des obsessions et je me suis dit que ça me ferait du bien juste pour une fois mais que je ne continuerai pas. Moi je pensais que j'arriverais à gérer. Je me rappellerai toujours, je suis partie dans les toilettes boire ces bouteilles et après je suis partie à la maison et finalement je suis retournée à la Coop racheter de l'alcool. Là, c'était parti, le processus s'est déclenché direct ! Après, j'avais toujours plus envie ! Le lendemain, c'était reparti, je me tenais de nouveau avec des gens malsains et j'ai acheté de l'héroïne.

Au mois de juin, j'ai fait un grand blackout et je me suis retrouvée à l'hôpital. Une doctoresse par laquelle j'ai été suivie, une vraie garce, voulait me transférer dans un hôpital psychiatrique et moi je n'avais vraiment pas envie d'aller là-bas ! Déjà de un, j'étais en pleine rechute et je ne voulais vraiment pas arrêter, ce n'était pas le bon moment. Là-haut, je refusais de prendre des médicaments et je ne pouvais pas faire les groupes et tout ! Les médecins ne comprenaient pas mon problème de dépendance alors j'ai demandé à appeler mon conseiller LVT qui a pu venir à un réseau et leur expliquer ma situation. C'était vraiment une très mauvaise expérience ! Quand je suis sortie de cet hôpital, j'étais sous antabuse. J'ai tenu 2-3 jours, et j'ai craqué, je suis partie à Lausanne chercher de l'héroïne et de la cocaïne. C'était vraiment une période horrible ! D'ailleurs je n'arrive pas vraiment à me souvenir de tout. Je faisais tout le temps des blackouts et ma fille devait souvent appeler l'ambulance parce que j'étais dans des états pitoyables ! J'ai arrêté l'antabuse et j'avais plus de sous pour m'acheter à boire alors j'ai commencé à boire de l'alcool à brûler ! Je me souviens c'était au début 2006, c'était vraiment une sale période ! Des fois, j'allais

aux AA quand même et j'expliquais que j'étais sous consommation et en pleine rechute. Je racontais tout et je me rappelle que personne ne m'a jamais jugée !

A cette époque je consommais vraiment de tout ! Je buvais de l'alcool à brûler, je prenais de l'héroïne, de la cocaïne, je volais des bières dans les magasins et surtout je prenais du Resyl Plus qui est un sirop pour la toux qui contient de la codéine. Ahhh c'était vraiment une sale période, je volais aussi des sacs à main. Ma fille partait souvent chez des amies parce que la situation n'allait vraiment plus.

J'ai oublié de parler de quelque chose qui m'a quand même beaucoup touchée. Mon papa a rencontré une femme à la fin de l'année 2002 et il s'est mis en couple avec elle. J'ai eu beaucoup de peine à accepter ça car ma maman était partie depuis seulement une année et demie. Je voyais mon papa prendre cette femme dans les bras et ça me faisait vraiment bizarre car il n'avait jamais été autant affectueux avec ma mère.

Pour en revenir à ma rechute, au bout d'un moment je me suis vraiment rendue compte qu'il fallait que ça s'arrête sinon j'allais finir par mourir. Avec tout l'alcool à brûler que je buvais, et je buvais aussi de l'eau de Cologne. Oh mon Dieu, j'ai envie de vomir quand je parle de ça !

En 2006, j'ai tout raconté à mon conseiller LVT et on a planifié ensemble un entretien pour que je puisse retourner à la Villa Flora. C'est vrai que j'avais trop honte de refaire une 2^{ème} fois la Villa Flora mais là j'en pouvais plus, soit je faisais quelque chose soit je mourrais. Mon conseiller LVT ne m'a jamais forcée à quoi que ce soit, c'est moi qui a eu le déclic, seulement moi ! Juste avant de rentrer à la Villa Flora, j'ai profité de consommer beaucoup et j'ai pris tout ce que je pouvais prendre. Je suis arrivée à l'hôpital, je me souviens que j'étais trop bien parce que j'étais sous produit. Le soir, le manque commençait et c'était vraiment horrible, je ne pouvais plus manger tellement je tremblais. C'était vraiment horrible ce sevrage ! Par contre, ils m'ont donné des médicaments pour calmer le manque, les douleurs et les angoisses contrairement à mon premier sevrage. En plus, j'étais vraiment angoissée de rentrer à la Villa Flora, parce qu'il y avait mon ex là-haut. Mon sevrage a duré 2 semaines parce qu'il y avait trop de produits. Je me souviens aussi d'une chose qui m'a beaucoup aidée avant que j'entre à la Villa Flora, c'était la visite de mon ancien thérapeute. On a pu aller marcher autour de l'hôpital, et on a beaucoup discuté. Ça m'a vraiment aidée, j'étais vraiment contente qu'il soit venu.

Quand je suis rentrée à la Villa Flora, j'ai dû faire un grand travail sur la rechute. Au début, j'avais vraiment trop honte de parler de la rechute ! J'étais dans la même chambre qu'une femme qui était aussi là pour une rechute et là, j'ai eu beaucoup moins honte de parler de ça parce que je n'étais pas la seule.

Par rapport au programme de la Villa Flora, il était très différent ; beaucoup moins de restrictions et surtout moins de groupe de parole organisés à l'extérieur de la Villa Flora. Les groupes extérieurs n'étaient plus obligatoires et j'ai trouvé ça dommage ! Ce qui m'a aussi choquée c'était le nombre élevé de consommation dans l'institution. Je trouve qu'il n'y avait pas assez de contrôles par rapport à avant. Pour moi, ce n'était vraiment pas assez cadré !

Je suis rentrée moins rapidement dans le traitement à cause de ce nouveau cadre, c'était du laisser-aller ! Malgré ça, je n'ai jamais consommé à la Villa Flora, j'étais clean à 100% !

6^{ème} entretien :

Vendredi, 21 mars 2014, à 14h, rencontre chez elle / durée d'entretien : 30 minutes

« A la Villa Flora, mon objectif était de chercher un travail, et je ne savais pas du tout ce que je voulais faire à part sommelière. A la sortie, j'avais pris rendez-vous avec une dame pour savoir ce que je voulais faire, elle m'aidait à retrouver une orientation professionnelle. J'ai commencé à envoyer des lettres pour trouver un travail et des stages. J'avais finalement trouvé un stage à 50% dans un centre équestre. Je n'ai pas du tout aimé parce que je devais tous les jours nettoyer la merde des chevaux et ce n'était pas du tout intéressant. Ensuite, j'ai fait un autre stage dans un endroit pour les fleurs et j'ai également été très déçue ; à la fin du stage, le patron m'a dit que je travaillais trop rapidement. C'était vraiment n'importe quoi, j'avais l'impression d'halluciner ! Pour moi, c'était impossible d'aller plus lentement, j'avais besoin que ça bouge !

A cette époque, je voyais beaucoup une amie rencontrée à la Villa, je faisais beaucoup de sport et beaucoup de groupes. Après ça, j'ai perdu subitement mon papa, c'était en 2007, au mois de mars. Au début ça allait, les premiers temps, je remontais le moral à tout le monde. Mais bon ça a été pendant deux semaines, mais après j'ai commencé à me sentir vraiment pas bien. Je sentais que j'étais au bord de la rechute et je me souviens que je regardais la liste des symptômes de rechute que j'avais affichée derrière la porte et j'avais beaucoup de ces symptômes. Le lendemain, j'ai appelé mon conseiller LVT et je lui ai dit que j'avais besoin d'aller à la Villa Flora parce que j'avais peur de rechuter. Je me suis prise en main tout de suite et je suis partie dix jours à la Villa. J'ai pu faire un travail de deuil et ça m'a rechargé les batteries. Après, je me sentais beaucoup mieux. J'étais fière de moi, de m'être ressaisie, les acquis que j'ai eus à la Villa Flora, je les ai mis en pratique. Peut-être que si je n'avais pas fait ça, ben je ne sais pas comment j'aurais fini.

En 2008, je me rendais compte que j'en avais marre de rien faire et un jour j'ai pris le téléphone et j'ai téléphoné à ma belle-sœur qui a des vignes pour lui demander si elle connaissait quelqu'un qui avait besoin d'aide pour les abricots. Je me souviens, c'était fin mai-début juin ! Ma belle-sœur m'a proposé d'aller travailler chez elle, alors j'ai tout de suite dit oui. J'ai commencé à travailler à la vigne et j'adorais vraiment ça ! J'étais en contact avec la nature, je pouvais y aller à fond, travailler rapidement, c'était physique et quand j'arrivais le soir j'étais super fatiguée mais c'était de la bonne fatigue, je me sentais trop bien !

J'ai arrêté la LVT, parce que j'étais dans une situation stable et j'allais vraiment bien. Je savais que si j'avais besoin, je pouvais y retourner sans autre. J'ai aussi arrêté les groupes parce que j'avais passé à autre chose, je sentais qu'il fallait que je passe à une autre étape. Je savais aussi

que les groupes étaient toujours là et que je pouvais y retourner si j'avais besoin. J'ai aussi arrêté le sport parce qu'avec le travail je n'avais plus le temps et j'étais crevée.

Au travail, j'ai pu discuter de mon problème de dépendance, personne ne m'a jamais jugée, ils m'ont tous respectée. Je n'avais pas honte, je discutais facilement avec mes collègues, ils savaient tout de mon parcours. Je n'ai jamais eu d'obsession, je n'ai jamais été tentée par le vin, j'avais plus envie de ça ! Parfois j'étais toute seule dans la cave avec plein de vin autour de moi mais je n'ai jamais eu envie. Je me suis rendue compte de ça, je n'avais pas envie.

Depuis 2008, je ne consomme plus, enfin le soir je fume des joints en arrivant du travail. Le problème c'est que quand je travaille, je fume seulement le soir mais si je ne travaille pas, je fume toute la journée et là ça devient problématique ! Par rapport à ça, aujourd'hui, il faudrait que je fasse un travail là-dessus. Je me rends compte de ça, mais je ne fais rien. Je ne fais rien ! Mais par exemple, quand je suis partie en Thaïlande, l'année passée, j'ai arrêté d'un coup et je n'ai pas fumé, ça ne me manquait pas. Mais quand je suis à la maison, je n'arrive pas à ne pas fumer, je m'ennuie trop. C'est psychologique je sais, mais il faudrait que je rencontre quelqu'un, si je n'étais pas seule, je suis sûre que fumer des joints, ne me manquerait pas.

J'ai tellement peur de rechuter, je sais que si je recommence toute cette merde, je finirai au cimetière et je perdrai tout ! Je n'ai vraiment pas envie d'en arriver là. Quand je vois des toxicomanes, je me dis : mon Dieu, ce que je ne voudrais pas être comme eux, à leur place !

Heureusement que j'ai ma fille !

Ah et j'ai oublié de dire que j'ai vécu un abus sexuel, durant ma rechute en 2006, juste avant de rentrer à la Villa Flora la deuxième fois. »

3.2. Résumé entretiens – mots clés

[Avis : l'ordre chronologique du résumé des entretiens n'a pas été établi à l'avance. J'ai repris les entretiens du récit de vie et placé les éléments en fonction de celui-ci.]

1. Violence commise par son papa sous les yeux de sa mère et sa tante
2. 1^{er} contact avec l'alcool vers l'âge de 4 ans
3. Le sport = valeur forte de la famille
4. Dégoût de l'école
5. Travaux forcés loin de la maison (été) → frustration de n'avoir jamais pu partir en vacances en famille
6. Consommation d'alcool avant l'école vers 11 ans (école = grande source de stress pour elle)
7. Besoin du sport pour se sentir bien (addiction ??)
8. Victime d'un abus sexuel à 12 ans
9. Père très exigeant, beaucoup de dévalorisation (insatisfaction constante, demande toujours plus)
10. Décès de sa grand-mère
11. Entrée au cycle, niveau le plus bas → grande déception d'elle-même et de sa famille
12. Souhait de faire professeure de sport mais pas les notes → grande frustration

13. S'intéresse au métier de sommelière (contact avec les clients-alcool ++)
14. Réussite de son apprentissage avec de très bons résultats
15. Début des sorties, consommation THC, alcool +++ et LSD
16. « j'étais quand-même dépendante au sport »
17. Insatisfaction dans les relations affectives (changement fréquent de partenaire)
18. Consommation de cocaïne vers 18 ans
19. Rencontre de son premier amour – relation houleuse, malsaine
20. Consommation d'alcool en cachette, sur son lieu de travail
21. Consommation d'héroïne et cocaïne
22. Tentative de suicide
23. Début de la polytoxicomanie (se rend compte qu'un produit ne lui suffit plus ; il en faut toujours plusieurs)
24. Réussit à trouver, dans le sport, des sensations encore plus fortes qu'avec les produits (dopamine – endorphines)
25. Rencontre de Xavier, cuisinier (héroïnomane et séropositif)
26. Vie active avec Xavier malgré la consommation (sport, voyages, travail, etc.)
27. Fiançailles avec Xavier en 1986
28. L'alcool était présent quotidiennement (l'alcool ne lui apportait que du positif)
29. Mariage en 1987
30. Déménagement à Martigny
31. Envie de fonder une famille en 1989 → insémination artificielle
32. Grossesse → arrête tout sauf l'alcool
33. Naissance d'une fille en octobre 1990, très bonne santé
34. Xavier commençait à tomber souvent malade
35. Le travail très important pour elle → lui permettait de s'évader, penser à autre chose
36. Beaucoup d'angoisses, peurs, stress concernant l'état de santé de son mari
37. Décembre 1995, décès de Xavier
38. Elle fait une overdose le 26 décembre
39. Déni de la maladie (tremblements à cause des angoisses et non du manque d'alcool)
40. Beaucoup d'overdoses, sa fille demandait de l'aide à sa famille
41. Perte de confiance de sa famille → suite à ça, elle décide de demander de l'aide à la LVT
42. Menaces d'enlèvement de la garde de sa fille
43. Consommation excessive pour éviter les symptômes de sevrage (parfois deux bouteilles d'Abricotine à jeun)
44. Contact avec son conseiller LVT ; elle dit avoir eu *le déclic* grâce à lui → discussion autour d'une entrée en traitement résidentiel à la Villa Flora
45. En 1997 visite de la Villa Flora; ce jour-là, elle a consommé et mélangé plusieurs produits (alcool, cocaïne et héroïne) → est tombée dans le coma sur la route pour se rendre à Sierre, son conseiller l'a emmenée à l'hôpital. Son cœur ne battait plus, les médecins ont dû la réanimer.
46. Sevrage « à sec » à l'hôpital de Sierre, beaucoup de douleurs
47. Discussion avec un médecin ; il lui a demandé si elle voulait que sa fille devienne orpheline. Elle dit : « c'est à ce moment-là que j'ai eu le déclic ! » Elle était alors prête à s'en sortir.

48. Visite à l'hôpital d'un thérapeute de la Villa Flora, elle s'est tout de suite sentie en confiance et bien entourée. Elle a également pu participer aux *Alcooliques Anonymes* et a bénéficié de beaucoup de soutien.
49. En avril 1997, rentrée à Villa Flora. Les premiers temps, beaucoup de mensonges + compulsion dans les tâches à faire
50. Rallongement de la durée de son traitement ; est passée de 5 semaines à 11 mois
51. Aveux à sa famille sur sa dépendance et la séropositivité de Xavier
52. Ne se sentait pas encore prête à parler de l'insémination de sa fille
53. Beaucoup de compulsion dans le sport
54. Changement de voie professionnelle pour éviter les tentations liées aux produits → étape très difficile pour elle car elle adorait son métier de sommelière
55. Fin du traitement à la Villa Flora ; continuait les groupes ; ils étaient très importants pour elle
56. Après 2 ans d'abstinence, a avoué l'insémination de sa fille dans un groupe NA et a ensuite décidé d'en parler à sa famille
57. Déménagement car trop de souvenirs de consommation + pour faire le deuil de son mari → prendre un nouveau départ
58. En l'an 2000, elle décroche un travail en tant qu'aide de cuisine dans une Ecole
59. Découverte de la méditation → deuil de son mari grâce à la méditation + observation de ses émotions + diminution des angoisses et du stress. « *La méditation, c'était comme si j'avais fait un nettoyage intérieur de moi* »
60. Bonne hygiène de vie, beaucoup d'activités avec sa fille, sport, travail
61. Janvier 2001, perte de sa maman → « *heureusement que j'étais bien entourée par les groupes, le sport, le travail et la méditation, je pense que sans ça j'aurais rechuté !* » La méditation lui a permis de faire le deuil de sa maman et de « *sortir* » ses émotions.
62. Son papa lui reproche la mort de sa maman : « *Il m'a dit que c'était de ma faute si elle avait le cancer ! Là, il m'en a voulu ! Il me disait qu'elle avait eu trop de soucis pour moi.* »
63. 2003, rencontre d'un homme qui était aussi un ex-toxicomane → ensuite, rechute de son compagnon. Elle dit : « *ça n'allait plus très bien parce que mon ami a rechuté et moi j'étais complètement dans la co-dépendance.* »
64. En 2005, perte de son travail suite à une restriction du personnel. Elle n'a vraiment pas accepté et c'était un grand choc pour elle.
65. Suite à son licenciement, elle fait une rechute. Elle dit : « *Je me souviens, j'étais à la Coop et j'ai acheté des petites bouteilles d'alcool fort. Je me souviens que j'étais en ville et j'avais des obsessions et je me suis dit que ça me ferait du bien juste pour une fois mais que je ne continuerais pas. Moi je pensais que j'arriverais à gérer. Je me rappellerai toujours, je suis partie dans les toilettes boire ces bouteilles et après je suis partie à la maison et finalement je suis retournée à la Coop racheter de l'alcool. Là, c'était parti, le processus s'est déclenché direct ! après, j'avais toujours plus envie ! Le lendemain, c'était reparti je me tenais de nouveau avec des gens malsains et j'ai acheté de l'héroïne.* »
66. Au mois de juin, elle a fait un grand « blackout » et s'est retrouvée à l'hôpital. Sa doctoresse voulait la transférer à Malévoz. Elle n'était pas prête à arrêter, ce n'était pas le bon moment et refusait de rentrer à Malévoz. Elle a finalement dû s'y rendre et ce n'était pas du tout un endroit approprié pour son problème de dépendance m'explique-t-elle. Elle ne pouvait pas participer aux groupes (AA ou NA),

- était obligée de prendre des médicaments qui ne lui convenaient pas et les médecins ne comprenaient pas son problème de dépendance.
67. A la sortie de l'hôpital de Malévoz, elle était sous antabuse et a tenu deux ou trois jours avant de craquer. Elle est partie à Lausanne chercher de la cocaïne et de l'héroïne. *« C'était vraiment une période horrible ! D'ailleurs je n'arrive pas à vraiment me souvenir de tout. Je faisais tout le temps des blackouts et ma fille devait souvent appeler l'ambulance parce que j'étais dans des états pitoyables ! J'ai arrêté l'antabuse et j'avais plus de sous pour m'acheter à boire alors j'ai commencé à boire de l'alcool à brûler. Des fois, j'allais aux AA quand même et j'expliquais que j'étais sous consommation et en pleine rechute. Je racontais tout et je me rappelle que personne ne m'a jamais jugée ! »*
68. Consommation excessive de plusieurs produits (cocaïne, héroïne, codéine, alcool à brûler).
69. En 2002, son papa rencontra une femme → très difficile à accepter (n'avait jamais vu son père être autant affectueux avec sa mère comme il l'était avec sa copine + une année et demie après le décès de sa maman)
70. Elle commençait à se rendre compte qu'il fallait qu'elle arrête de consommer sinon elle finirait par mourir
71. En 2006, elle raconta sa rechute à son conseiller LVT qui lui suggéra de refaire un traitement à la Villa Flora. Elle avait honte de refaire la Villa Flora une deuxième fois mais c'était soit ça soit la mort. Avant d'entrer à Villa Flora, elle a profité de consommer beaucoup de produits et se souvient être arrivée à l'hôpital pour entamer son sevrage. Le sevrage fut vraiment horrible, elle ne pouvait plus manger ni boire tellement elle tremblait + beaucoup de douleurs et d'angoisses.
72. A la Villa Flora, elle a beaucoup travaillé sur la rechute et elle s'est retrouvée dans la même chambre qu'une femme qui avait également rechuté. Ça l'a beaucoup aidée à se sentir moins seule.
73. Déception de la Villa Flora, le programme avait changé ; beaucoup moins de restrictions qu'avant et beaucoup de consommation dans l'institution.
74. Devait trouver une nouvelle voie professionnelle, un nouveau travail. A fait beaucoup de stages mais rien ne lui plaisait.
75. En 2007, elle perdit subitement son papa. Les premiers temps, elle remontait le moral à tout le monde mais ça ne dura pas longtemps. Elle commençait à se sentir vraiment pas bien et à réaliser le décès de son papa. Elle a senti qu'elle était au bord de la rechute et a tout de suite appelé son conseiller LVT. Elle lui a dit qu'elle avait besoin d'aller à la Villa Flora pendant quelques jours pour éviter une rechute. Elle a pu faire un grand travail de deuil et se sentait beaucoup mieux. Elle était fière d'elle, de s'être ressaisie et d'avoir mis en pratique les outils acquis à la Villa Flora.
76. En 2008, elle avait vraiment besoin de travailler. Elle a décidé d'appeler sa belle-sœur qui était vigneronne pour lui demander si elle connaissait quelqu'un qui aurait besoin de personnel. Sa belle-sœur lui a alors proposé de travailler chez elle et elle a tout de suite accepté. Elle adorait ce travail, elle était en pleine nature, pouvait travailler à son rythme et le travail était très physique.
77. Elle se sentait vraiment bien et a décidé d'arrêter la LVT et les groupes ; elle avait besoin de passer à autre chose.
78. Aujourd'hui, cela fait six ans qu'elle ne consomme plus. Elle explique qu'elle fume encore de la marijuana. Elle dit : *« Le problème c'est que quand je travaille, je fume seulement le soir mais si je ne travaille pas, je fume toute la journée et là ça devient problématique ! Par rapport à ça, aujourd'hui il faudrait que je fasse un travail là-dessus. Je me rends compte de ça mais je ne fais rien. »*

79. Elle termine le dernier entretien en disant : « *J'ai tellement peur de rechuter, je sais que si je recommence toute cette merde, je finirai au cimetière et je perdrai tout ! Je n'ai vraiment pas envie d'en arriver là. Quand je vois des toxicomanes, je me dis : Mon Dieu, ce que je ne voudrais pas être comme eux, à leur place ! Heureusement que j'ai ma fille !* »
80. Un moment après la fin de l'entretien elle me dit qu'elle a oublié de parler d'un abus sexuel vécu en 2006 pendant sa rechute. Ne souhaite pas en dire plus.

3.3. Analyse et synthèse

Afin de parvenir à une analyse pointue, j'ai procédé selon plusieurs étapes :

1. J'ai tout d'abord relu mes entretiens après chaque retranscription. Ce procédé était, selon moi, essentiel, car les récits d'entretien demeuraient encore dans ma mémoire à court terme et j'évitais ainsi que mon esprit et ma concentration ne se dissipent.
2. En deuxième lieu, j'ai entamé une seconde lecture, de manière plus rigoureuse. Lors de cette étape, j'ai pris des annotations et souligné les éléments qui ressortaient presque systématiquement mais en tout cas de façon récurrente à chaque entretien.
3. Par la suite, j'ai proposé à ma directrice de poursuivre elle aussi, une lecture et de me retourner son avis concernant les entretiens. Cette étape était destinée à viser une objectivité et de ce fait, arriver à un résultat concluant. Nous avons alors comparé nos commentaires et sorti, ensemble, les thèmes à travailler.
Il est crucial de souligner que le choix des thèmes n'a pas été le fruit d'une propre réflexion, mais a tout simplement été mis en valeur par le sujet lui-même grâce à une liberté d'expression, dans un climat de confiance. Les éléments retenus, n'ont donc pas été prémédités mais sont apparus naturellement au fur et à mesure des relectures.
4. Enfin, j'ai constitué un tableau où se rassemblent les thèmes et citations s'y rapportant.

Ces différentes étapes m'ont dirigée vers la construction des hypothèses de compréhension, qui auront également une fonction analytique et fondamentale dans mon travail.

3.3.1. Tableau d'analyse

THÈMES	EXEMPLES
SPORT	<ol style="list-style-type: none"> 1. « <i>Mon papa nous a toujours incités à faire du sport. »</i> 2. « <i>Je faisais des courses, je courais dans les écolières. »</i> 3. « <i>Là, j'allais courir tous les soirs »</i> 4. « <i>J'en avais plus rien à foutre tout ce qui comptait pour moi c'était le sport. »</i> 5. « <i>Tous les mercredis, l'hiver, j'allais skier c'était quelque chose de positif pour moi dans ma vie. Heureusement que j'avais ça ! »</i> 6. « <i>J'ai oublié de dire c'est que j'avais mon sport, j'allais courir tous les jours. »</i> 7. « <i>J'allais tous les soirs courir, des fois j'allais jusqu'à Nendaz, aller-retour. »</i> 8. « <i>J'avais besoin de courir pour être bien, j'avais vraiment besoin. »</i> 9. « <i>Je faisais beaucoup de sport, ça me faisait du bien ! Ça m'apportait beaucoup parce que l'école je n'aimais vraiment pas ! »</i> 10. « <i>Je pouvais plus sortir à part pour courir ; ça il ne m'a jamais interdit ! »</i> 11. « <i>Moi je voulais vraiment devenir prof de sport. »</i> 12. « <i>Mais le sport était toujours présent dans ma vie ; malgré que j'avais arrêté les compétitions, j'avais toujours besoin du sport. »</i> 13. « <i>Après le boulot, je partais courir. »</i> 14. « <i>Le sport m'aidait à tout relâcher, à décompresser. »</i> 15. « <i>A cette époque j'étais quand même dépendante au sport. »</i> 16. « <i>Je faisais aussi beaucoup de ski. »</i> 17. « <i>Après le travail, à minuit, je partais courir. »</i> 18. « <i>Heureusement qu'il y avait le sport, ça m'aidait à fond ! »</i> 19. « <i>C'était ça le problème ! Dans le sport, j'avais des sensations encore plus fortes que dans les produits ! Surtout quand je me dépassais ; c'était ça que j'aimais ! Quand j'en pouvais plus, que j'avais mal, je continuais encore un peu et c'est à ce moment-là que j'éprouvais toutes ces sensations ! »</i> 20. « <i>On allait skier. »</i> 21. « <i>Ma fille est montée sur les skis vers 2 ans et demi - 3 ans. »</i> 22. « <i>Je compulsais beaucoup dans le sport. »</i>

	<p>23. « j'ai commencé à faire du sport avec l'association « Sport pour Toi », j'avais pas mal d'activités à cette époque. Cette association m'a également beaucoup apporté. Nous étions plusieurs toxicodépendants, suivis par la LVT et nous faisons plein d'activités sportives, deux à trois fois par semaine, avec un coach qui nous encadrait ; on faisait du fitness, des marches en montagne, du badminton, de la course et plein d'autres activités. C'était vraiment génial ! »</p> <p>24. « Beaucoup de sport, presque 6 fois par semaine ! »</p> <p>25. « J'ai aussi arrêté le sport parce qu'avec le travail je n'avais plus le temps et j'étais crevée. »</p>
--	---

Commentaires :

- Le sport est un besoin pour elle.
- Le sport était pour elle, une stratégie de coping mise en place pour faire face aux difficultés de son quotidien.
- Le sport lui apporte beaucoup de positif.
- Elle parle de sensations : « *C'était ça le problème ! Dans le sport, j'avais des sensations encore plus fortes que dans les produits ! Surtout quand je me dépassais ; c'était ça que j'aimais ! Quand j'en pouvais plus, que j'avais mal, je continuais encore un peu et c'est à ce moment-là que j'éprouvais toutes ces sensations !* » on peut lire ici qu'elle recherche les mêmes effets s'agissant du sport ou des produits.
- Ambiguïté autour du sport : « addiction », elle dit : « *A cette époque j'étais quand même dépendante au sport.* » mais le sport reste tout de même pour elle un moyen pour se sentir mieux.
- Elle a arrêté le sport à cause du travail ; on perçoit ici qu'elle a trouvé un autre moyen de libérer ses tensions (le travail à la place du sport). Elle retrouve donc une « compensation », une relation « dépendante » avec le travail.

Suite à ces différentes observations, j'ai formulé les hypothèses suivantes :

- ∞ *Le sport est un outil thérapeutique pour les personnes toxicodépendantes.*
- ∞ *Le sport peut être l'objet d'une addiction.*

RELATION PATERNELLE

1. « J'ai reçu mon premier coup de ceinturon de mon papa. »
2. « Après mon papa a sorti le ceinturon et m'a donné des coups avec. »
3. « Mon papa arrive près de moi et sort la bouteille de cognac aux œufs et il me la met devant les yeux et me dit « voilà ton dîner ! ».
4. « Mon papa nous a toujours incités à faire du sport. »
5. « Je me souviens que mon papa s'arrêtait presque tous les soirs boire un verre. Je me sentais tellement frustrée, de ne pas pouvoir rentrer à Isérables avec lui ; je ne pouvais pas aller à la maison, je devais rester là. Ça c'était assez difficile, j'aurai préféré ne pas le voir. »
6. « Mon papa a toujours été fier de moi dans le sport »
7. « Pour mon papa, je devais toujours faire mieux, améliorer mon temps. Toujours plus ! Même si j'arrivais première, je devais avoir plus d'écart avec la deuxième. »
8. « Il n'était jamais content avec moi mais devant les autres il se vantait de mes prestations »
9. « Pour finir, j'ai sorti les résultats et la médaille ; alors là il était trop fier, trop content ! »
10. « C'est la première fois qu'il me montrait vraiment qu'il était content. »
11. « Je trouve que mon papa me dévalorisait trop ! Pour lui, j'étais bonne que pour le sport, il me disait que de toute façon je n'arriverais jamais à rien, que je ne ferais jamais rien dans ma vie. »
12. « J'avais tout le temps la pression de mon papa. »
13. « Mon papa m'a reproché la mort de ma maman ; il m'a dit que c'était de ma faute si elle avait le cancer ! Là, il m'en a voulu ! Il me disait qu'elle avait trop eu de soucis pour moi. »
14. « Mon papa a rencontré une femme à la fin de l'année 2002 et il s'est mis en couple avec elle. J'ai eu beaucoup de peine à accepter ça car ma maman était partie depuis seulement une année et demie. Je voyais mon papa prendre cette femme dans les bras et ça me faisait vraiment bizarre car il n'avait jamais été autant affectueux avec ma mère. »
15. « J'ai perdu subitement mon papa, c'était en 2007, au mois de mars. »

Commentaires :

- Education très « dure » (pas beaucoup d'affection, de reconnaissance, valorisation, etc.)
- Beaucoup de dévalorisation de la part de son père, elle disait toujours être sous pression.

- Pour son père, elle devait toujours faire mieux : ce qui a fait naître chez elle un grand sentiment d'infériorité et une estime de soi amoindrie.

Suite à ces observations, j'ai formulé les hypothèses suivantes :

- ∞ *Le sujet vit un sentiment d'abandon profond qu'il compense avec un objet.*
- ∞ *Le sujet recherche la perfection pour avoir droit à de la reconnaissance.*
- ∞ *Une mauvaise estime de soi peut conduire à une dépendance.*

ESTIME DE SOI

1. *« J'étais déjà très sale gamine. »*
2. *« J'ai fait des conneries. »*
3. *« J'ai aussi fait une connerie. »*
4. *« Je ne suis pas tellement fière d'avoir fait ça ! »*
5. *« J'avais l'impression que j'avais plein de capacités et que je faisais des meilleures notes ! Je me souviens de la première fois, le jour-là, à l'école, j'ai assuré comme un Dieu ! C'est pour ça qu'après je buvais avant d'aller à l'école quand j'avais quelque chose d'important. Ça me redonnait confiance en moi, ça me reboostait ! J'avais l'impression de tout savoir et que mon QI se développait à fond ! Alors là, je me suis dit, j'ai vraiment trouvé la bonne solution. »*
6. *« J'avais fait une compétition, mes patrons m'avaient inscrits parce qu'ils savaient que j'étais bonne en course à pied. Je devais courir avec la jeunesse du village, j'étais toute contente ! J'ai fait gagner le village parce que j'étais arrivée 1^{ère}. »*
7. *« J'avais tellement honte. »*
8. *« J'avais vraiment trop honte ! »*
9. *« Mon papa a toujours été fier de moi dans le sport. »*
10. *« Il n'était jamais content avec moi mais devant les autres il se vantait de mes prestations. »*
11. *« Pour finir, j'ai sorti les résultats et la médaille ; alors là il était trop fier, trop content ! C'est la première fois qu'il me montrait vraiment qu'il était content. »*
12. *« A cette époque, j'aimais pas mal boire déjà, ça m'aidait à l'école et ça me donnait confiance en moi et m'apportait de l'assurance. »*

13. « *Je trouve que mon papa me dévalorisait trop ! Pour lui, j'étais bonne que pour le sport, il me disait que de toute façon je n'arriverais jamais à rien, que je ne ferais jamais rien dans ma vie. »*
14. « *je faisais que des conneries. »*
15. « *Je n'ai pas fait une de bonne. »*
16. « *Je n'en avais rien à foutre ! »*
17. « *j'adorais le travail que je faisais, j'ai très bien réussi mon apprentissage ; j'avais que des bonnes notes. J'aimais ce que je faisais alors je me donnais à fond. »*
18. « *A la fin de mon apprentissage, je suis arrivée première de toute ma classe. Pour une fois, j'ai entendu que mon papa était vraiment fier de moi ! J'ai enfin été valorisée par mon père. »*
19. « *Une fois, j'ai failli faire une tentative de suicide. »*
20. « *J'étais bien dans ma tête et bien dans ma peau. »*
21. « *Ça m'a vraiment fait un grand coup ! »*
22. « *j'avais trop honte de refaire une 2^{ème} fois la Villa Flora. »*
23. « *J'avais vraiment trop honte de parler de la rechute ! »*
24. « *J'ai pu faire un travail de deuil et ça m'a rechargé les batteries. Après, je me sentais beaucoup mieux. J'étais fière de moi, de m'être ressaisie, les acquis que j'ai eus à la Villa Flora, je les ai mis en pratique. »*

Commentaires :

- Le sport est une grande fierté pour elle ; c'est un domaine dans lequel elle est douée. Avec le sport, elle se sent mise en valeur.
- L'abus sexuel qu'elle a subi a fait grandir chez elle un sentiment de culpabilité et de honte. Son image personnelle a également été détruite.
- En analysant ce thème, je me suis rendue compte que le sujet est conscient du chemin qu'il a parcouru, de ses différents traitements et les décisions prises qui lui ont sauvé la vie. On voit qu'il est fier de ce qu'il a mis en place pour s'en sortir.

Suite à ces observations, j'ai formulé les hypothèses suivantes :

- ∞ *La consommation est un moteur de survie, une porte de sortie comme étant, à ce moment-là, le meilleur choix pour le sujet.*

∞ Une mauvaise estime de soi peut conduire à une dépendance.

VIE PROFESSIONNELLE

1. « Mes parents me mettaient deux mois loin pour travailler l'été. »
2. « J'avais 10 ans, c'était ma première expérience. »
3. « J'ai été travaillé dans un restaurant. »
4. « L'été d'après, je suis partie travailler à Vulliens, fille au pair dans une ferme. Les patrons étaient très gentils mais je bossais beaucoup, de 7h le matin jusqu'à 22h. Je devais faire tout ce qui avait faire dans la ferme
5. « J'ai jamais compris pourquoi mes parents me mettaient travailler ailleurs, c'était normal parce que tous les jeunes d'Isérables, partaient travailler ailleurs. C'est maintenant que je me rends compte qu'on a quand même eu une vie où on a du bosser. On ne pouvait pas partir en vacances ! »
6. « J'ai été travaillé l'été avec ma cousine, dans le Jura, dans un trou perdu ! »
7. « J'aimais bien le travail dans la restauration. »
8. « Mes parents m'ont trouvé une place d'apprentissage. »
9. « je voulais travailler le plus loin possible d'Isérables. »
10. « Après j'ai commencé mon apprentissage, c'est là que tout a changé. Vu que j'adorais le travail que je faisais, j'ai très bien réussi mon apprentissage. »
11. « En deuxième année d'apprentissage, j'ai eu pas mal de propositions que j'ai refusée, encore maintenant je me mords les doigts. Après j'ai eu une autre proposition mais on a aussi refusé car c'était compliqué de partir à l'étranger pour nous. Ensuite, on a eu une dernière proposition pour aller travailler à Verbier après notre apprentissage et on a accepté parce qu'on allait être nourries, logées et bien payées. »
12. « A la fin de mon apprentissage, je suis arrivée première de toute ma classe. »
13. « Quand je travaillais à Verbier, je voyais moins souvent ma famille mais sinon c'était vraiment super. »
14. « C'était une accumulation de fatigue. »
15. « Je suis partie travailler à la Chaux-de-Fonds. »
16. « Je travaillais dans un bar. »
17. « Quand j'ai recommencé à travailler à Verbier. »
18. « Je suis partie travailler à Bourg-St-Pierre. »

19. « *Je suis retournée travailler à Verbier. »*
20. « *L'été là, on bossait comme des dingues. »*
21. *On avait une vie active. On a toujours travaillé !*
22. « *on a changé de travail. »*
23. « *Je travaillais aussi dans les comptoirs. »*
24. « *On travaillait beaucoup mais on ne se privait de rien financièrement, on a profité au maximum ! »*
25. « *On a trouvé un travail ensemble. »*
26. « *J'ai trouvé un boulot dans un café à Martigny »*
27. « *Je faisais 8h de travail par jour alors ça me changeait énormément du boulot en station. »*
28. « *Il a donc trouvé une place dans un hôpital ; il a été engagé en tant que cuisinier-diététicien. »*
29. « *Moi je faisais que les comptoirs, j'ai arrêté de travailler à Martigny mais j'avais besoin des comptoirs pour mon moral, le job m'aidait beaucoup. »*
30. « *Xavier n'a jamais perdu son travail malgré ses problèmes de santé et son séjour en prison ; il travaillait vraiment bien ! »*
31. « *Heureusement que je pouvais encore travailler dans les comptoirs, ça me relâchait un peu. »*
32. « *Heureusement que je faisais les comptoirs ça me permettait de penser à autre chose. »*
33. « *J'ai dû faire le deuil de mon métier de sommelière et j'ai très mal accepté ça. C'était un travail que j'adorais ! Je ne me voyais pas travailler dans quelque chose d'autre mais j'avais trop de tentations avec l'alcool ; j'étais confrontée quotidiennement au produit alors il fallait que je quitte ce milieu. »*
34. « *J'ai décroché un travail dans une école. »*
35. « *Je travaillais à 50%. »*
36. « *j'ai perdu mon travail. Je n'ai vraiment pas accepté et ça m'a vraiment fait un grand coup. »*
37. « *Mon objectif était de chercher un travail, et je ne savais pas du tout ce que je voulais faire à part sommelière. »*
38. « *Elle m'aidait à retrouver une orientation professionnelle. »*
39. « *J'avais finalement trouvé un stage à 50% dans un centre équestre. Je n'ai pas du tout aimé parce que je devais tous les jours nettoyer la merde des chevaux et ce n'était pas du tout intéressant. Ensuite, j'ai fait un autre stage dans un endroit pour les fleurs et j'ai*

	<p><i>également été très déçue ; à la fin du stage, le patron m'a dit que je travaillais trop rapidement. C'était vraiment n'importe quoi, j'avais l'impression d'halluciner ! Pour moi, c'était impossible d'aller plus lentement, j'avais besoin que ça bouge ! »</i></p> <p>40. <i>« j'en avais marre de rien faire. »</i></p> <p>41. <i>« Ma belle-sœur m'a proposé d'aller travailler chez elle, alors j'ai tout de suite dit oui. J'ai commencé à travailler à la vigne et j'adorais vraiment ça ! J'étais en contact avec la nature, je pouvais y aller à fond, travailler rapidement, c'était physique et quand j'arrivais le soir j'étais super fatiguée mais c'était de la bonne fatigue, je me sentais trop bien ! »</i></p> <p>42. <i>« Au travail, j'ai pu discuter de mon problème de dépendance, personne ne m'a jamais jugé, ils m'ont tous respecté. »</i></p> <p>43. <i>« Quand je travaille, je fume seulement le soir mais si je ne travaille pas, je fume toute la journée et là ça devient problématique ! »</i></p>
<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frustration de partir travailler l'été ; elle le vit comme « un abandon » • Le travail est une valeur importante pour elle. • Le travail lui permet de libérer ses tensions. • Le travail est donc une nouvelle stratégie face aux difficultés (il y a eu les produits, le sport et maintenant le travail). • Ce fut une grande frustration, déception pour elle lors de la perte de son travail en tant qu'aide de cuisine dans une école. • Elle explique : <i>« Quand je travaille, je fume seulement le soir mais si je ne travaille pas, je fume toute la journée et là ça devient problématique ! »</i> ici, on perçoit bien qu'elle compulse dans le travail et qu'elle entretient également, avec le travail, une « relation de dépendance ». <p>Suite à ces observations, j'ai formulé les hypothèses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ <i>Une personne toxicodépendante restera toujours dépendante de quelque chose.</i> ∞ <i>Le sujet fonctionne excessivement dans tous les domaines de sa vie.</i> 	
PARENTALITÉ	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>« On avait envie de fonder une famille, d'avoir un enfant. »</i> 2. <i>« Moi je voulais prendre le risque. »</i> 3. <i>« Le médecin a alors proposé l'insémination artificielle. »</i> 4. <i>« On accepté de faire une insémination avec un donneur anonyme. »</i>

5. « C'était positif, j'étais enceinte. »
6. « Ça m'a quand même stressé parce que je ne m'attendais pas à tomber enceinte autant rapidement. Ça m'a quand même fait un déclic, je me suis dit que je devais arrêter tous ces produits ! J'ai tout arrêté sauf l'alcool ; je buvais quand même tous les jours un petit peu. Avant, il n'y avait pas beaucoup de prévention contre l'alcool pendant la grossesse. »
7. « Pendant ma grossesse, je n'ai jamais été autant en forme ! C'était vraiment une très belle période ! »
8. « J'ai accouché d'une petite fille qui était en pleine forme. J'avais arrêté tous les produits, j'étais en pleine période d'allaitement. »
9. « Avec ma fille, j'assurais, je consommais des drogues seulement quand elle était à Isérables, chez ses grands-parents. »
10. « Heureusement que ma fille était là. »
11. « A cette époque, ma fille demandait beaucoup de l'aide à la famille en expliquant que je n'étais pas bien et qu'elle ne voulait pas rester seule avec moi. Des fois elle partait. »
12. « Avant de réveiller ma fille, je devais boire car j'avais l'impression de ne rien savoir faire sans avoir bu. »
13. « J'avais déjà eu pas mal de menaces qu'on m'enlève la garde de ma fille. »
14. « Il m'a demandé si je voulais que ma fille devienne orpheline. C'est à ce moment-là que j'ai eu le déclic ! »
15. « Pendant mon traitement, ma fille est partie vivre chez mon frère. »
16. « Je suis vraiment contente car je n'ai jamais perdu sa garde. »
17. « Ma fille est revenue à la maison et j'étais tellement contente. On faisait beaucoup de choses ensemble ! »
18. « j'ai avoué l'insémination de ma fille. »
19. « j'ai tout avoué à ma fille et elle a vraiment bien pris ; elle nous a trouvé courageux. »
20. « Ma fille devait souvent appeler l'ambulance parce que j'étais dans des états pitoyables ! »
21. « Ma fille partait souvent chez des amies parce que la situation n'allait vraiment plus. »
22. « Heureusement que j'ai ma fille ! »

Commentaires :

- La grossesse fut une très belle période pour elle
- On voit qu'elle ne se sentait pas à la hauteur sans produit ; elle s'exprime ainsi : « *Avant de réveiller ma fille, je devais boire car j'avais l'impression de ne rien savoir faire sans avoir bu.* »
- Le sujet parle de déclic suite aux menaces d'enlèvement de la garde de sa fille : « *Il m'a demandé si je voulais que ma fille devienne orpheline. C'est à ce moment-là que j'ai eu le déclic !* » Elle était prête à s'en sortir et possédait la volonté de le faire.
- Sa fille est un grand moteur dans sa vie, ça l'aide à maintenir son rétablissement. Elle dit : « *Heureusement que j'ai ma fille !* »
- Le sujet et sa fille entretiennent une relation de confiance : « *j'ai tout avoué à ma fille et elle a vraiment bien pris ; elle nous a trouvé courageux.* »
- Le rôle parental, « la responsabilité » qu'elle devait assumer était important pour elle, c'est quelque chose qui l'a valorisait : « *Avec ma fille, j'assurais, je consommais des drogues seulement quand elle était à Isérables, chez ses grands-parents.* »

Suite à ces observations, j'ai formulé l'hypothèse suivante :

- ∞ *Valoriser le rôle de parent de la personne toxicodépendante peut être un moteur de rétablissement.*

4. CADRE THEORIQUE

4.1. Introduction : les addictions

Les addictions demeurent une question d'actualité, un domaine de recherche et une réalité clinique. Depuis un certain nombre d'années, ces conduites de l'excès fascinent et font peur à la fois. Situées aux limites du pathologique et de la normalité, entraînant le consommateur dans un cercle vicieux côtoyant plaisir et souffrance, ces conduites nous questionnent.

Avant de devenir un problème, la consommation était une solution pour les sujets dépendants. Cependant, la substance n'est pas l'unique condition pour expliquer le phénomène de la dépendance. « *La vulnérabilité à l'addiction résulte toujours de l'interaction de facteurs individuels et environnementaux, le poids de chacun de ces facteurs pouvant varier d'un sujet à l'autre (Bailly, Venisse, 1999).* »¹²

Des facteurs d'ordre social, psychologique et biologique, sont pris en compte dans l'étude des addictions. Ignorer une de ces dimensions, conduirait à une vision réductionniste. Il faut savoir que : « *le domaine des addictions est celui des interactions, entre l'individu et la société, entre les dimensions biologiques, psychiques et sociales de ce que vivent les êtres humains. Nous ne pouvons donc entreprendre de comprendre et d'intervenir sans un effort de transdisciplinarité et d'intégration des connaissances diverses mais interactives. Cela s'appelle l'intelligence collective.* »(Les Conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner, Dunod, 2008.)¹³

Dans cette partie théorique, j'ai essayé de trouver les multiples facettes de cette problématique et de vous la présenter de manière claire et succincte.

Le texte, ci-après, donne une vue d'ensemble de mon travail qui correspond bien à mes valeurs et à mes croyances personnelles concernant la problématique des addictions :

« *Nous considérons l'addiction comme n'étant pas exclusivement déterminée par une situation ou par les compositions chimiques des produits utilisés mais aussi comme une tentative de résolution de problèmes, certes inadaptée et d'une difficulté interne rencontrée par le sujet. Notre conception des addictions aux substances psychoactives repose sur l'interaction d'une vulnérabilité personnelle, d'une situation déclenchante et d'un produit. Cette interaction conduit au comportement addictif, qui va lui-même provoquer des conséquences cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales. Ces conséquences vont renforcer les facteurs de fragilisation qui ne trouvent d'issue que dans la consommation de substances et entraîneront ainsi le sujet dans le cycle répétitif de l'addiction.* »¹⁴

¹² VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie.* Belin, 2005, Paris, p. 9

¹³ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie.* Dunod. Paris, 2010, p.XIII

¹⁴ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie.* Belin, 2005, Paris, p. 53

4.1.1. Définitions

Avant de rentrer dans le vif du sujet, il me semble pertinent de retranscrire les différentes définitions des mots que nous allons souvent rencontrer.

« *L'étymologie d'addiction est ad-dicere : « dire à » au sens d'attribuer quelqu'un à une autre personne. C'est un terme qui correspondait dans le droit romain ancien, puis au Moyen Age en Europe continentale à un arrêt du juge : si un sujet n'était plus en état d'assumer les responsabilités contractées à l'égard d'autrui, il se voyait condamner à payer, avec son corps et par son comportement, le manque de pertinence de ses systèmes de pensée (Bergeret, 1991).* »¹⁵

En 1990, Goodman a donné une définition opératoire de l'addiction : « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* »¹⁶. Je trouve cette définition pertinente car elle décrit l'addiction de manière concise et formelle.

Il faut savoir que la quasi-totalité des définitions reposent sur l'addiction en tant que concept. En 2003, *Valeur et Matysiak, psychiatres spécialisés dans les conduites addictives*, se sont centrés sur le sujet *addict* et ont amené la définition suivante : « *toute personne dont l'existence entière est tournée vers la recherche des effets produits sur son corps et son esprit par une substance plus ou moins toxique ou une conduite, sous peine d'éprouver un intense malaise physique et/ou psychologique.* »¹⁷

4.1.2. Critères de Goodman

Le psychiatre américain, *Aviel Goodman*, est notamment devenu célèbre grâce aux critères qu'il a proposés en 1990 pour évaluer les troubles addictifs¹⁸ :

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement ;
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ;
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée ;
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;
- E.** Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants ;
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.

¹⁵ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 13

¹⁶ *Ibidem*

¹⁷ *Ibid*, p. 15

¹⁸ *Ibid*, p. 13-14

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

F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

Ces critères ont été élaborés par Goodman pour théoriser les pratiques sexuelles addictives, mais sont applicables à toutes les addictions comportementales ou non. L'addiction, définie par Goodman¹⁹, est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés :

- échec répété de contrôler ce comportement
- poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives.

4.1.3. Critères du DSM-IV²⁰ (1996). Critères de dépendance à une substance

Tout d'abord, je tiens à justifier le choix du DSM IV par rapport au DSM V. La source bibliographique principale utilisée pour expliciter les aspects théoriques de mon travail de bachelor a utilisé les critères de dépendance à une substance contenus dans le DSM IV. De ce fait, j'ai tenu à exploiter cette ressource. J'ai cependant vérifié, par le biais du DSM V qu'aucune modification des critères suivants n'avait été apportée.

Selon ce manuel, la dépendance est *un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou d'une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois* :²¹

¹⁹ <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/103/?sequence=16>, consulté le 12.10.2014

²⁰ Le DSM est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, texte révisé, connu sous le titre de DSM-IV-TR, a été publié par l'Association américaine de psychiatrie (AAP) qui inclut tous les actuels troubles reconnus de la santé mentale.

²¹ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 50

1. Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. Utilisation de la même substance (ou une substance très proche) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une durée plus prolongée que prévu.
4. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'une substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

4.1.4. Critères de la CIM 10²²

Selon la CIM 10, le syndrome de dépendance constitue un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année²³ :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

²² La CIM est la Classification Internationale des Maladies), ICD (*International Classification of Diseases*), élaborée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en est à sa 10ème version, publiée en 1992.

²³ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 49-50

4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ces effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Suite à la connaissance de ces différents critères. Il est crucial de préciser que ce qui conduit à l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même, mais l'utilisation qu'en fait le sujet.

4.2. Aspects historiques

L'histoire des addictions est historiquement datée et correspond à l'avènement de la société moderne, la société industrielle et post-industrielle. Elle est en lien avec une conception d'une société basée sur l'individu et sa liberté ; ce qu'on appelle l'individualisme démocratique. Le modèle juridico-légale fonde les représentations dominantes et les politiques publiques dans le monde depuis deux siècles. Il se base sur deux approches idéologiques : la loi et la médecine. Celles-ci, parfois concurrentes, se rejoignent sur la désignation de certains comportements déviants, qu'il s'agisse de les catégoriser comme néfastes au regard de la morale ou comme des pathologies au regard de la science.

« Le modèle juridico-légale donne au problème un statut de « fléau social », qui le définit en tant que déviance des comportements et défaillance des corps, et propose comme réponse la normalisation des comportements par l'action de la loi et par l'action thérapeutique. »²⁴

L'évolution des conceptions en matière d'addictions s'établit selon quatre modèles²⁵ :

1. Le modèle moral ou religieux, dans lequel les substances sont considérées comme un moyen d'accéder aux puissances supérieures, d'entrer en contact avec les divinités. Malgré cet usage, la consommation à l'excès est perçue comme un vice.
2. Le modèle « monovarié », explique que c'est la substance qui est la seule cause de la dépendance, c'est la drogue qui fait le toxicomane.
3. Le modèle « bivarié » ou celui de la maladie, on retrouve des croyances telles que « c'est le toxicomane qui fait la drogue ». Il est surnommé comme « bivarié » car il prend en compte l'individu et la substance. Dans ce modèle, la défaillance ou le dysfonctionnement de certains individus explique leur incapacité à maîtriser leur relation au produit et à s'abstenir. On parle ici de vulnérabilité de certains usagers qui sont donc désignés à la fois

²⁴ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*. Dunod. Paris, 2010, p. 7

²⁵ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*. Dunod. Paris, 2010, p.7 à 10 et VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p.17

comme victimes et responsables, malades et délinquants, objets de compassion mais aussi de honte.

4. Le dernier modèle est le « multivarié » ou « trivarié » apparu à la fin des années 1960. Il associe produit, personnalité et moment socioculturel. Les usages des drogues prennent sens dans leur contexte et sont porteurs de façons de vivre. La drogue et la dépendance sont perçues comme des aspirations au changement, voire des symptômes du mal-être de la population. Dans ce modèle, le contexte d'utilisation apparaît donc comme un facteur prépondérant.

Ces différentes visions ont rendu possible, par la suite, une approche multidimensionnelle, donc systémique et expérientielle de l'addiction.

4.3. Les processus de l'addiction

Les processus de l'addiction démontrent comment le consommateur passe d'un usage bien supporté à un abus destructeur ou à une dépendance vécue comme un asservissement. Il est essentiel de comprendre ces différents processus qui transforment le plaisir en souffrance.

4.3.1. Les processus biologiques

Sur le plan biologique, les mécanismes de l'addiction résultent de processus enclenchés par l'effet d'une substance. Il existe deux lois significatives qui décrivent ces mécanismes²⁶ :

- La loi de la sensibilisation
Elle explique que toute substance déclenche un effet et que celui-ci ne se résume pas à la réponse dopaminergique procurant une sensation de plaisir. Il s'accompagne de trois phénomènes observés mais qui restent mal expliqués : une augmentation des effets au fur et à mesure des répétitions (le renforcement positif), une mémorisation des éléments de contexte de cette expérience et une élévation progressive du seuil de satisfaction.

La sensibilisation provoque la mise en mémoire de l'expérience et un état de besoin croissant pouvant aller jusqu'à des « crises de manque » ; sous forme de *craving*²⁷. Ce phénomène de sensibilisation se rapproche de ce qu'on appelle la dépendance psychologique. Elle intervient sur le long terme et sur la mémorisation profonde. Cette phase diffère en fonction de chaque consommateur et elle est étroitement liée au contexte de vie ainsi qu'à certains facteurs tels que le stress ou encore le contexte psychosocial. On peut alors affirmer qu'elle n'est pas un mécanisme biologique autonome. De ce fait, elle contribue à expliquer pourquoi certaines personnes dépendantes ont tendance à rechuter et

²⁶ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*. Dunod. Paris, 2010, p. 190 à 192

²⁷ Définition de *craving* : désigne un état soudain de besoin de reconsommation

comment cela se fait que l'envie du produit peut réapparaître après plusieurs années d'abstinence.

- La loi de la récupération

Toute consommation déclenche un contre-effet qui est destiné à rétablir un équilibre vital dans l'organisme.

Ce mécanisme est plus connu sous le nom de dépendance physique et recouvre les conséquences de la tolérance. De ce fait, il favorise la recherche de moyens d'éviter les aspects douloureux lors d'une « descente ».

Pour s'approcher de l'effet recherché, chaque nouvelle expérience devra faire appel à une intensité croissante ; les doses devront alors être augmentées pour ressentir le même effet.

Sous l'effet de ces deux lois, une double pente se met alors en place. D'un côté une mémorisation de l'expérience du plaisir et une augmentation du seuil de satisfaction, et de l'autre côté, une diminution des capacités à trouver du plaisir.

En définitive, il est essentiel d'ajouter que les processus biologiques de l'addiction sont attribués à un dérèglement du système dopaminergique qui a pu être étudié chez les consommateurs. Cependant, l'addiction est assujettie au contexte extérieur et il est donc impossible de minimiser la composante psychosociale de cette problématique.

4.3.2. Les processus psychosociaux

Les drogues sont bien connues pour apaiser le stress ou l'angoisse et mettre à distance les douleurs ou ennuis. Par habitude ou ne trouvant pas de meilleures solutions, certaines personnes vont en faire un usage régulier. Plus leur consommation leur permet d'atteindre les effets recherchés, moins elles ont recours à leurs compétences psychosociales. Le stress et la culpabilité augmentent, les problèmes empiront, accentuant le recours à la substance et le sentiment d'impuissance. Peu à peu, la personne perd sa capacité à trouver d'autres satisfactions que celle recherchée dans les produits. Finalement, l'expérience psychotrope devient la source d'un équilibre de vie et s'y inscrit durablement.

Il est nécessaire de constater qu'à la source de l'addiction, on observe souvent une souffrance psychique que le sujet tente de compenser ou fuir par un acte de soulagement. Etant donné que ce mal être persiste, l'acte doit être répété et c'est ainsi que se constitue la dépendance.

Afin de schématiser les processus psychosociaux de l'addiction, *Stanton Peel*, psychologue américain, a proposé un modèle sous la forme d'un « cycle de l'assuétude » (1982).²⁸

²⁸ Annexe 3 : graphique du cycle psychosocial de l'assuétude (MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*. Dunod. Paris, 2010, p. 196)

« Selon ce modèle, sera donc considéré comme dépendant tout individu qui entretient avec son objet de dépendance un rapport qui, à la longue, détériore sa qualité de vie et l'empêche de vaquer à ses occupations quotidiennes. »²⁹

4.4. Caractéristiques communes aux différentes conduites addictives

Les différentes conduites addictives proposent plusieurs éléments qui constituent les principaux arguments en faveur d'une notion d'addiction³⁰ :

a) La place centrale occupée par la conduite addictive

La vie du sujet est centrée sur l'addiction et va être envahie par cette problématique. L'objet de son addiction va modifier tous les différents domaines de sa vie: professionnel, social, familial et affectif et ainsi devenir l'élément le plus important dans son quotidien.

b) La reconnaissance d'une dépendance

La dépendance pathologique apparaît comme un assujettissement à un objet, avec, pour le sujet, une absence de choix entraînant la contrainte. Deux éléments paraissent essentiels pour tenter de définir la dépendance : le fait de ne pouvoir se passer d'un produit ou comportement sous peine d'en éprouver un certain malaise et que ce produit ou cette conduite devienne le centre de l'existence du sujet.

c) La notion de contrainte

Elle renvoie à la perte de la liberté et impose au sujet l'impossibilité d'échapper à sa conduite. Cependant cette relation au produit ou au comportement n'est pas univoque ; les toxicomanes par exemple ressentent cette contrainte comme émanant de leur propre corps, par contre, les anorexiques expriment au contraire que ce sont eux-mêmes qui exercent une contrainte sur leur propre corps. Mais cette notion de contrainte reste tout de même une forme d'esclavage.

d) La répétition de la conduite

La personne « addictive » a besoin du comportement ou de la substance de façon compulsive, c'est ce qu'on appelle la répétition. Avec la dépendance et la contrainte, la répétition forme le socle de l'addiction et inscrit le sujet dans un cercle vicieux.

e) Les passages d'une addiction à l'autre

La réalité le prouve, les « addicts » passent fréquemment d'une dépendance à une autre.

²⁹ <http://www.erudit.org/revue/DSS/2009/v8/n2/044470ar.html?vue=plan>, consulté le 03.11.14

³⁰ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p.36 à 39

f) L'association de plusieurs conduites addictives

Cette association est fréquente et on sait qu'il existe une corrélation entre les consommateurs d'alcool et de tabac par exemple. Lorsqu'un sujet présente au moins deux addictions, on parle de *polyaddiction*.

g) La similitude des propositions thérapeutiques

Les différents centres de traitement proposent une prise en charge de tous types de comportements addictifs. Les groupes de parole fondés sur les traitements en douze étapes, ouverts aux sujets dépendants de toute substance ou comportement, est le parfait exemple de cette similitude.

h) Des facteurs de vulnérabilité similaires

Ces facteurs de vulnérabilité concernent certains aspects de la personnalité comme l'impulsivité, la recherche de sensations, l'hyperactivité, la faible estime de soi, l'alexithymie³¹, la dépression ou la dépendance affective mais l'existence d'éléments génétiques et de facteurs sociaux ont également été repérés. Malgré ces points communs, certains questionnements surgissent : pourquoi le sujet a recours à ce comportement ? Quelle fonction a ce comportement ? La question fondamentale, utilisée pour « sujet principal », dans mon travail de bachelor, consiste à la fois à comprendre ce qui amène un sujet à développer une conduite addictive et surtout ce qui l'empêche d'y mettre fin.

i) Des mécanismes biologiques communs

Toutes les substances ou comportement susceptibles d'induire une dépendance activent les circuits dopaminergiques, impliqués dans ce qui est appelé le circuit de récompense.

4.5. Les fonctions des drogues

Toute personne peut se demander : « A quoi ça leur sert ? » Les sujets dépendants attribuent aux substances une ou plusieurs fonctions³² :

Plaisir

Dans un premier temps, le sujet pense pouvoir contrôler cet accès au plaisir mais l'installation de la dépendance lui fera perdre cette illusion. Cependant, la notion de plaisir est trop souvent mise de côté et pourtant, amener et autoriser un sujet à discuter du plaisir apporte une autre dimension à la relation d'aide.

³¹ Définition de l'alexithymie : L'alexithymie (du grec a : préfixe privatif, lexis signifiant « mot » et thymos signifiant « humeur ») désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions communément observées parmi les patients présentant des symptômes psychosomatiques. (<http://fr.wikipedia.org/wiki/Alexithymie>)

³² VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 120

Accès à la médiation

Les substances peuvent avoir une fonction de médiateur dans les relations. Facilitant les contacts, supprimant les inhibitions, les produits permettent de masquer les difficultés et conflits des sujets dans leur rapport à autrui.

Automédication

Les produits peuvent être considérés comme un véritable traitement face à un malaise profond, des difficultés existentielles, des souffrances telles les angoisses, phobies ou mésestime de soi. La consommation de drogue est souvent liée aux affects négatifs et est conçue comme une tentative d'automédication permettant d'instaurer une distance face aux émotions négatives.

Rapport au risque

La consommation de psychotropes signe un rapport au risque particulier. L'ignorance de la composition exacte et de l'assurance des effets des différentes substances, témoignent du jeu que le sujet entreprend avec la vie, la mort et le destin.

Besoin de transgression

La consommation de produits illicites interroge sur le rapport à la loi et démontre un certain besoin de transgression.

Autodestruction

Si toutefois les substances peuvent avoir cette fonction-là, la plus grande partie des consommateurs sont dans une quête de survie et leur situation correspondrait davantage à une sorte de stratégie d'adaptation.

Quête d'identité

Des sujets peuvent rechercher une forme d'inscription sociale en rejoignant des groupes de consommateurs.

En définitive, avec les différentes fonctions attribuées aux produits, on constate qu'un même individu, selon sa trajectoire et son expérience, pourra consommer des substances à des fins différentes.

4.6. Principales approches psychopathologiques des addictions

Dans cette partie, je vais tenter de vous présenter brièvement les différentes approches des grands courants théoriques ainsi que l'apport des principaux auteurs qui ont contribué au développement des addictions.

4.6.1. Systémique

L'approche systémique s'est surtout centrée sur les rapports entre la problématique des addictions et l'environnement du sujet touché. « *Il faut savoir que l'addiction peut être considérée comme le symptôme de dysfonctionnements relationnels intrafamiliaux.* »³³ L'auteur nous explique qu'ici, chaque membre affecte et est affecté par les autres.

En systémique, il est primordial d'étudier les liens entre les membres de la famille dans une dimension circulaire. La place du produit est donc comparée à la place de la dépendance du sujet au niveau familial. Cette approche se focalise donc sur tous les aspects qui entourent l'individu, plus principalement la famille (les interactions, relations problématiques, ruptures culturelle, système de valeur des parents, pathologies du deuil, violence, etc.)

4.6.2. Cognitivo-comportementaliste

L'analyse du trouble addictif s'associe aux dimensions cognitives, comportementales, émotionnelles et à l'environnement du sujet. Dans cette approche, les apports de *Beck, psychiatre et professeur* sont largement reconnus. « *L'auteur postule que l'existence de cognitions dysfonctionnelles participent au maintien des addictions et aux rechutes.* »³⁴

Il faut savoir que les pensées dysfonctionnelles sont le plus souvent mêlées aux facteurs de fragilisation personnelle comme l'anxiété, les difficultés interpersonnelles ou de communication, la dépression, la mésestime de soi, l'impulsivité et une image de soi négative. Cette approche accorde donc une grande importance aux croyances et représentations du patient désigné.

« *La lecture comportementale de la conduite addictive doit aussi passer par la compréhension de l'addiction en tant que processus de répétition. Celui-ci amène le patient par le cycle compulsif à une dépendance, ayant à court terme une réassurance créée par un mouvement de répétition, véritable forme d'existence par la présence du symptôme et parallèlement autothérapeutique (Poudat, 1997).* »³⁵

³³ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 130

³⁴ *Ibid*, p. 41

³⁵ *Ibidem*

En définitive, on pourrait dire que cette approche prend en considération les éléments de l'histoire du sujet qui peuvent être considérés comme déclencheurs. Cependant, l'objectif premier étant d'amener le sujet à prendre conscience du cycle cognitivo-comportemental et émotionnel déclencheur et renforçateur de la conduite addictive.

4.6.3. Biopsychocomportementale

Pour cette approche, plusieurs modèles de compréhension ont été décrits par différents auteurs³⁶ :

a) Le modèle de la recherche de sensation de M. Zuckerman (1969, 1979, 1983)

Selon cet auteur, la recherche de sensation est en relation avec un besoin de maintenir un niveau optimal de stimulation. Il postule que « *chaque individu possède un niveau optimal de stimulation et un niveau d'activation qui se caractérise par son activité cognitive, motrice et sa tonalité affective positive.* »³⁷

C'est-à-dire que l'individu a besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles et complexes, pour cela, il s'engage dans des activités physiques et sociales risquées. Lorsque les stimuli et expériences deviennent répétitifs, il s'ennuie et devient non-réactif plus rapidement qu'un individu non-amateur de sensations fortes. Zuckerman définit donc la recherche de sensations comme un trait de personnalité, et au-delà de ce trait psychologique, la recherche de sensations a pu être définie comme un facteur neuro-psycho-physiologique.

Finalement, il est important de noter que *la recherche de sensation est impliquée dans la plupart des comportements addictifs et peut être considérée comme un facteur de vulnérabilité aux addictions.*³⁸

b) Le modèle du renversement psychologique de M.J.Apter (1989, 1993)

Cet auteur a développé une théorie originale qui part des observations de l'inconsistance psychologique des êtres humains. Il postule que l'être humain possède des paires d'états psychologiques opposés entre lesquels des renversements s'opèrent tout au long de la journée, chez un même individu.

Chez les sujets *addicts*, il y aurait une paire d'états plus particulièrement impliquée : l'état de recherche d'activation, opposé à l'état d'évitement d'activation. Certains individus ont tendance à rester confiner sur la recherche d'activation. Ils sont incapables de passer de l'état d'évitement d'activation sans éprouver une grande anxiété ou de se détendre dans des contextes paisibles sans ressentir un ennui insurmontable.

En somme, cette théorie explique que de tels individus recherchent constamment de hauts niveaux d'activation qu'ils atteignent par la consommation de psychotropes.

³⁶ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 41

³⁷ Ibidem

³⁸ Ibid, p.42

c) Le modèle de gestion *hédonique*³⁹ d'I. Brown (1997)

Cet auteur a prolongé le modèle d'*Apter* et explique que dans sa théorie, les addictions représentent une stratégie de gestion des niveaux plaisir/déplaisir. Il explique que l'individu gère sa tonalité *hédonique* en jouant sur ses états d'activation et sur ses états psychologiques.

4.6.4. Psychosociale

Concernant l'approche psychosociale des addictions, je me suis basée sur le modèle développé par *Stanton Peel*, *psychologue et spécialiste dans les addictions*⁴⁰.

Pour expliquer le phénomène de l'addiction, cet auteur prend en considération différents facteurs : biologiques, de personnalité ainsi que le contexte environnemental, social, culturel et politique.

Selon lui, la dépendance est grandement liée à l'expérience que le sujet en fait. Il établit une corrélation entre l'addiction et la capacité à réussir. Il explique que le patient désigné se retrouve souvent confrontés à des situations d'échec qui mettent en doute sa capacité de réussir qui se traduit par un sentiment d'incompétence. De ce fait, l'addiction servirait de moyen pour pallier la faible estime que le sujet a de lui-même.

Peele accorde aussi une place primordiale à l'environnement et aux réactions des individus qui, face à un même contexte varient considérablement.

Dans cette même approche, *Dollard Cormier*, *psychologue*, perçoit la dépendance comme un style de vie. Selon lui, l'addiction représente une technique d'adaptation particulière. C'est-à-dire que « *le sujet tente de maîtriser, de réduire ou de tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ses ressources (Lazarus et Fokman, 1984)* »⁴¹.

Les personnes dépendantes auraient donc recours à une substance ou un comportement externe, n'ayant pas les défenses internes nécessaires pour une autre forme de stratégie d'adaptation.

Tout compte fait, ces approches sont différentes du point de vue de leur compréhension de l'addiction. Cette diversité advient du résultat des études menées par plusieurs chercheurs et professionnels se référant à des courants théoriques d'orientation diverse. Malgré ça, ces approches sont loin d'être opposées ; elles permettent des associations pouvant rendre compte de la complexité de la problématique des addictions.

³⁹ Définition *hédonique* : qui est lié au plaisir.

⁴⁰ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 43

⁴¹ *Ibid*, p. 131

4.7. Les facteurs de vulnérabilité

Tout d'abord, il me semble nécessaire de définir le terme *vulnérabilité*: « *il vient du latin vulnus qui signifie blessure. Il désigne la potentialité d'un sujet à développer un type de maladie.* »⁴²

Dans le paragraphe qui va suivre, il s'agira d'identifier les principaux facteurs de risque qui vont rendre un individu vulnérable au développement d'une addiction. La question est de savoir comment et pourquoi un nombre de sujets développent une dépendance.

Sachant qu'il existe de nombreux chemins différents qui peuvent mener un individu vers l'addiction, il est donc impossible d'isoler chez un sujet un unique facteur de risque, qui aurait, à lui seul, une valeur prédictive de la survenue d'une dépendance. Ces différents facteurs de risque constituent donc un ensemble qui, associés entre eux, peuvent amener une personne dans ce cercle vicieux, que nous nommons « addiction ».⁴³

Les facteurs psychosociaux

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), il existe différents facteurs psychosociaux :

a) Précocité de la première expérience de consommation

Les sujets commençant les plus jeunes à consommer présentent plus de risque de développer une dépendance.

b) L'attitude des parents à l'égard de la consommation

Des études ont montré qu'un faible niveau d'implication parentale (attitude coercitive, manque de proximité, d'autorité ou incohérence), sont autant de facteurs de risque pour la survenue d'une dépendance.

c) Prédispositions au changement

Certains penchants cognitifs tels que le sentiment d'inefficacité, le manque d'affirmation de soi ou les attentes d'effets positifs du produit constituent des éléments prédictifs.

d) Facteurs environnementaux

Le manque d'investissement dans des activités sociales ainsi que l'isolement peuvent favoriser les conduites addictives.

e) Déterminants génétiques

Pour l'alcoolisme, plusieurs études ont montré que les antécédents familiaux de cette dépendance constituaient des facteurs de risque. L'implication du récepteur D2 à la dopamine⁴⁴ a été relevée. Toutefois, on constate que de nombreux sujets touchés n'ont pas de parents dépendants.

⁴² *Ibid*, p. 84

⁴³ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 84 à 91/144 à 149

⁴⁴ Définition de la dopamine : *neurotransmetteur regroupant notamment l'adrénaline. Les neurones à dopamine sont présents dans le système nerveux périphérique.* (VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 85)

Les aspects dimensionnels de la personnalité

a) La recherche de sensation

Cette recherche de sensation se compose de quatre facteurs (la recherche de danger, d'aventure, d'expériences nouvelles, la désinhibition et la susceptibilité à l'ennui). Cette importante constellation est fréquente chez les sujets dépendants.

Le lien entre cette recherche de sensation et la consommation est simple à établir en raison des effets provoqués par les substances sur le corps et l'esprit. Les effets recherchés diffèrent en fonction du produit ingéré. Plusieurs études anglo-saxonnes ont avancé l'hypothèse de l'automédication en réponse à des dysfonctionnements émotionnels chez les toxicodépendants. Ce qui peut expliquer pourquoi certains consommateurs préfèrent les effets calmants des opiacés et d'autres l'excitation provoquée par les stimulants.

On perçoit que cette recherche de sensation détermine donc une tendance à la consommation.

b) L'alexithymie

Ce terme désigne étymologiquement l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots. Les sujets alexithymiques se caractérisent par une limitation de la vie imaginaire, une pensée pragmatique et un recours à l'action pour éviter les conflits et exprimer les émotions.

On peut définir cet état comme étant une stratégie de *coping*⁴⁵ face aux stress provoqués par la conduite addictive et aux difficultés sociales qu'elle peut engendrer.

Cette prévalence de l'alexithymie a été détectée chez les sujets dépendants et démontre que ceux-ci consomment pour faire face à des vécus émotionnels négatifs.

c) L'anhédonie

Perçu comme une incapacité à éprouver du plaisir pour des stimulations banales, l'anhédonie peut être une probabilité plus grande de présenter une conduite addictive.

Evénements de vie et stratégies d'adaptation

En premier lieu, il est nécessaire de souligner que « *les expériences de vie n'ont pas le même impact sur tous les sujets, c'est leur retentissement cognitif, émotionnel et physiologique propre à chaque personne qui s'avère pertinent* » (Bruchon –Schweitzer et al, 2002)⁴⁶.

⁴⁵ Définition de *coping* : ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. (VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 89)

⁴⁶ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 89

Plusieurs études démontrent qu'il existe un lien entre le développement d'une addiction et un événement traumatisant subi durant l'enfance. Perçu et ressenti comme une forme d'automédication, l'abus de substance viendrait masquer la souffrance due au traumatisme.

Il ne faut pas oublier que la vulnérabilité aux troubles addictifs résulte de l'interaction de plusieurs facteurs et qu'ils peuvent varier en fonction de la personne.

5. ELABORATION DES HYPOTHESES SUITE AUX OBSERVATIONS

Il me semble tout d'abord nécessaire de souligner que les hypothèses ci-dessous n'ont pas été prédéterminées contrairement à une méthodologie habituelle. Dans le cas de l'utilisation du récit de vie comme méthode de travail, le but n'étant pas de répondre à des questionnements posés au préalable, mais plutôt d'élaborer « un ensemble d'hypothèses » suite à l'analyse des entretiens. Cette partie de mon travail constitue donc la colonne vertébrale de celui-ci et réunit les différents liens établis entre le vécu du sujet et sa problématique addictive.

En premier lieu, les hypothèses ont été formulées et classées ainsi :

1. Le sujet fait un déni conscient du déclencheur de son addiction.
2. Le sujet cherche à savoir quel est le déclencheur de son addiction.
3. Le sport est un outil thérapeutique pour les personnes toxicodépendantes.
4. Le sport peut également être l'objet d'une addiction.
5. Une personne toxicodépendante restera toujours dépendante de quelque chose.
6. L'être humain serait-il, par définition, un sujet dépendant.
7. Le sujet vit un sentiment d'abandon profond qu'il compense avec un objet.
8. Le sujet recherche la perfection pour mériter de la reconnaissance.
9. Une mauvaise estime de soi peut conduire à une dépendance.
10. Valoriser le rôle de parent de la personne toxicodépendante peut être un moteur de rétablissement.
11. Le sujet fonctionne excessivement dans tous les domaines de sa vie.
12. Les durées de traitement pour les toxicodépendances sont trop courtes.

Suite à cette formulation, il me semblait important de les regrouper en vue de créer un lien grâce aux recherches qui allaient suivre. Suite à cela, j'ai trouvé les différentes sources qui serviraient à enrichir les hypothèses retenues ou contrairement à supprimer certaines d'entre elles pour des raisons que j'expliquerai ci-après.

5.1. Hypothèses 1 et 2 : « Le déclencheur d'une addiction »

Hypothèse 1 : Le sujet fait un déni conscient du déclencheur de son addiction.

Hypothèse 2 : Le sujet cherche à savoir quel est le déclencheur de son addiction.

Ces deux hypothèses ont été annulées pour différentes raisons. Suite aux différents ouvrages consultés, aux personnes ressources rencontrées et au sujet de mon travail, je peux affirmer que le facteur soi-disant « déclencheur » d'une addiction n'existe pas en soi. Les facteurs sont multiples : le vécu du sujet, ses expériences personnelles, son tempérament, son contexte de vie, etc. et il en existe bien d'autres. Tous ces différents éléments sont extrêmement complexes et trouver les déclencheurs d'une addiction, serait un travail conséquent qui demanderait un grand investissement temporel. De plus, aucune réponse ne pourrait être définitivement « juste ».

Ces deux hypothèses sont beaucoup trop globales et ne sont pas liées à mes objectifs de recherche. Ce sont pour toutes ces raisons que je ne les ai pas retenues.

Je tiens à rajouter que ces deux hypothèses sous-tendent à la recherche empirique et théorique et qu'elles sont apparues suite à l'entier du récit de vie et non pas suite à l'analyse des entretiens. J'ai fait le choix d'en parler quand même puisque celles-ci pourraient ressortir dans le vécu d'autres personnes souffrant d'addictions.

5.2. Hypothèses 3 et 4 : « Le sport, outil ou danger ? »

Hypothèse 3 : Le sport est un outil thérapeutique pour les personnes toxicodépendantes.

Hypothèse 4 : Le sport peut être l'objet d'une addiction.

[Ces deux hypothèses ont été fusionnées, de par leur sens commun.]

La société actuelle prône l'activité, qu'elle soit sportive, professionnelle ou divertissante. Depuis de nombreuses années, le sport est connu pour ses vertus consistant à prévenir l'apparition de nombreuses maladies (cancers, diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, ostéoporose, etc.) Mais comme tout autre loisir, le sport permet de lutter contre l'anxiété, l'angoisse et permet à l'être humain de décharger son esprit des complications du quotidien.

Bien que le sport soit avant tout bénéfique pour la santé physique et mentale et qu'il demeure valorisé dans notre société, plusieurs sujets ayant un rapport problématique à leur pratique physique ont été rapportés. L'engagement dans leur activité se fait au détriment de leur épanouissement personnel et de leur santé. « *L'addiction au sport commence par l'excès, la recherche d'une sensation de plaisir dans l'effort physique qui peu à peu, va faire naître l'obsession, le besoin, et même le sevrage lorsque l'activité est interrompue. (Adès, Lejoyeux, 2001, p.123).* »⁴⁷

⁴⁷ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 32

Dans l'addiction au sport, le dépassement de soi est constamment recherché et l'individu addict ressent un grand sentiment de dévalorisation lorsqu'il ne peut pas exercer son activité. La pratique physique devient alors un besoin irrésistible, dans lequel le sujet retrouve des sensations telles que l'euphorie et le bien-être.

Des cas de double diagnostics ont été détectés : dépendance aux toxiques et à la pratique sportive. Au moment de l'arrêt de l'activité sportive, les sujets « en manque » de sensations produites par les endorphines, peuvent retrouver ces effets dans les substances psychotropes.⁴⁸

Le sport est un des thèmes prédominants souligné dans le récit de vie. On perçoit clairement que le sujet parle du sport comme étant positif pour lui et essentiel pour échapper aux tracas de son quotidien. Or, le sujet exprime clairement son véritable besoin de pratiquer son activité physique et les sensations qu'il éprouvait lors de l'effort : « *C'était ça le problème ! Dans le sport, j'avais des sensations encore plus fortes que dans les produits ! Surtout quand je me dépassais ; c'était ça que j'aimais ! Quand j'en pouvais plus, que j'avais mal, je continuais encore un peu et c'est à ce moment-là que j'éprouvais toutes ces sensations !* »

On remarque ici une ambiguïté au niveau du sport, il est bénéfique pour le sujet mais est également un problème, un besoin. Il souligne aussi, lors des entretiens, qu'il compulse dans l'activité sportive.

« *La dépendance sportive pourrait être perçue comme un procédé auto-calmant et un moyen de gérer un manque affectif.* »⁴⁹

Ce qui m'apparaît également important de constater, c'est le lien existant entre le père du sujet et le sport. Le sujet explique que le sport est une valeur forte pour son père et que celui-ci est fier de sa fille à travers le sport. Cette observation tend à comprendre l'importance que le sujet place à la course à pied, puisqu'il peut enfin avoir droit à la reconnaissance de son père. Avec ce constat on pourrait croire que cette recherche de valorisation, de reconnaissance fut une grande motivation pour s'impliquer activement dans la course à pied.

Il serait donc important, pour toutes personnes dépendantes, d'être attentives à ce risque d'addiction malgré la survalorisation culturelle du sport. Toute forme d'addiction, reste nuisible pour la santé psychique et physique. En tant que professionnel, il serait judicieux d'accompagner les bénéficiaires dans la pratique sportive, afin de limiter leur effort et les aider à s'arrêter. Peut-être faudrait-il varier les activités sportives pour éviter que les sujets ne s'adonnent à un seul sport en particulier ? Les outils en matière de suivi des personnes toxicodépendantes face au sport restent à développer et les sources se font rares à ce jour.

⁴⁸ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 33

⁴⁹ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 183

5.3. Hypothèses 5 et 12 : « La compulsion »

Hypothèse 5 : Une personne toxicodépendante restera toujours dépendante de quelque chose.

Hypothèse 12 : Le sujet fonctionne excessivement dans tous les domaines de sa vie.

[Les deux hypothèses ci-dessus ont été assemblées de par leur sens commun.]

Tout d'abord, je tiens à souligner que les recherches autour de « la compulsion » ont été difficiles et que les sources se faisaient rares. Cependant, une étude s'intéressant aux différents états motivationnels a principalement retenu mon attention et j'ai immédiatement perçu les liens avec mes hypothèses.

Les états motivationnels sont issus de la théorie du renversement psychologique, développé par *Michael J. Apter*, psychologue et chercheur dans le domaine de la motivation. Selon cet auteur, le renversement psychologique serait pathologique dans les addictions.

La théorie du renversement se centre sur les émotions en tant que variables décisives de la motivation : c'est l'émotion qui joue le rôle principal dans l'expérience motivationnelle. Deux axes ont été définis pour pouvoir rendre compte de l'émotion : celui de l'hédonie entre plaisir et déplaisir et celui de l'activation entre haut et bas niveaux d'activation. L'expérience qui déterminera le niveau d'activation peut être vécue selon deux états psychologiques :

- a) Un état d'évitement de l'activation qui, partant d'un état agréable de basse activation (la relaxation) se dirige vers des états croissants de déplaisir, d'anxiété, au fur et à mesure de la montée de l'activation.
- b) Un état de recherche d'activation qui part de l'état désagréable d'ennui en basse activation, pour aller vers le plaisir de l'excitation en fonction de la montée de l'activation.

A chaque instants de notre vie quotidienne, nous sautons d'un état à l'autre et inversement : c'est le renversement d'état psychologique.

Il existe plusieurs paires d'états métamotivationnels mais j'ai choisi de me centrer sur la paire télélique/paratélique qui semble comporter des blocages chez les sujets toxicodépendants.

La paire télélique/paratélique est confrontée à l'expérience moyens-but. L'état télélique considère le but à atteindre comme d'une importance primordiale, avec un choix de moyens destinés à tenter d'atteindre le but.

« L'état paratélique considère le comportement en cours comme le plus important et les buts à atteindre ne sont perçus que comme des moyens pour renforcer le comportement. A cet égard, l'état télélique peut être vu comme sérieux et l'état paratélique comme enjoué. Cette paire renvoie ainsi à la problématique du désir. L'état télélique est un évitement de l'anxiété, qui préfère les bas niveaux d'activation. Au contraire, l'état paratélique est un état de recherche de l'excitation qui préfère maintenir de hauts niveaux d'activation.

Selon plusieurs études, il existerait notamment, dans les addictions, une dominance paratélique, ce qui signifie qu'un addicté ne possède plus (ou plus suffisamment) dans son répertoire de stratégies, celles de la baisse d'activation (savoir se détendre) et celle du retour vers l'état téléique (quitter le tout, tout de suite pour se tourner vers la pensée élaborée, la planification, les buts lointains). Le sujet addicté doit surinvestir une activité capable d'élever son niveau d'activation (prendre des substances psychotropes, ou s'adonner à des activités compulsives excitantes) et participer à des environnements et des styles de vie capables de le maintenir (ou de le refaire basculer) dans l'état paratélique (vivre dans le présent, sans projet, sans imagination, sans les exigences de la responsabilité, ou d'une planification).

Ainsi les sujets toxicomanes qui ne pourraient donc pas passer dans l'état téléique ne parviendraient pas à considérer des situations sérieuses, autrement que comme des jeux. Dans cet état paratélique chronique, le toxicomane ne voit jamais aucune menace nulle part, quel que soit le niveau d'activation, d'où sa capacité à vivre une excitation élevée, rattachée à des sensations fortes et des satisfactions immédiates. »⁵⁰

Cette théorie confirme que les deux hypothèses émises soulignent des comportements rattachés à la problématique addictive.

On perçoit clairement dans le récit de vie, que le sujet recherche constamment un haut niveau d'activation et peine à rester à long terme sans une quelconque activité excitante. Le sujet se procurait du plaisir, par le biais des substances psychotropes, mais quand celles-ci n'étaient plus présentes, il fallait surinvestir des activités pour retrouver des sensations hédoniques similaires (essentiellement le sport et le travail pour le sujet).

L'objectif ici serait de trouver comment rétablir cet équilibre entre la paire d'état téléique et paratélique chez les toxicodépendants. A ce jour, aucune piste de prise en charge n'a été investiguées mais cette recherche impose une réflexion et un intérêt particulier. Il serait extrêmement enrichissant, en tant que travailleur social de construire des outils et stratégies dans l'accompagnement des personnes dépendantes pour trouver cet équilibre, essentiel en vue d'une abstinence ou d'une amélioration de leur qualité de vie.

Pour le sujet, il est nécessaire de reconstruire un nouveau « modèle de relation ». Depuis son enfance, celui-ci a fréquemment fonctionné d'une manière « fusionnelle » dans ses activités et ses relations. Le sujet a commencé par s'adonner excessivement au sport, ensuite avec les substances psychotropes, dans les relations intimes qu'il entretenait et finalement dans le travail.

Modifier son procédé existentiel est un combat qui se fait au quotidien et qui demande beaucoup de temps et de travail intérieur. En tant que professionnel, il serait important, ici, de reconstruire cet équilibre relationnel en collaboration avec la personne toxicodépendante, dans le but de ne plus avoir à combler la prise de produit ou tout autre comportement addictif. Cette réflexion constitue

⁵⁰ Cardenal Marylène et al., « États métamotivationnels chez des toxicomanes et des anorexiques restrictives : similitudes et différences », *Psychotropes*, 2007/2 Vol. 13, p. 69-90. DOI : 10.3917/psyt.132.0069, consulté le 16.02.2015

l'essence même de la problématique addictive et fait partie de la recherche de stratégies de coping afin d'éviter une reconsommation.

L'élaboration des deux hypothèses autour de la thématique de la compulsion étant terminée, je remarque que je ressens une certaine frustration à ne pas pouvoir aller plus loin. Malgré cette déception, les recherches effectuées, les sources trouvées et mes propres réflexions m'ont permis de m'enrichir à ce sujet.

5.4. Hypothèse 6 : « L'être humain, un sujet dépendant ? »

Hypothèse 6 : L'être humain serait-il, par définition, un sujet dépendant.

Après réflexion, j'ai choisi d'annuler cette hypothèse puisque c'est une question fondamentale qui peut être basée sur diverses approches et implique un positionnement et une pensée personnelle. Ce questionnement est trop vaste et suffit à lui-seul comme point de départ à un travail de mémoire.

5.5. Hypothèse 7 : « Le sentiment d'abandon »

Hypothèse 7 : Le sujet vit un sentiment d'abandon qu'il compense avec un objet.

Lors de l'analyse des entretiens, j'ai remarqué plusieurs faits liés à une problématique abandonnique. Tout d'abord on peut noter l'abus sexuel vécu par le sujet. On remarque que ce traumatisme a eu des répercussions sur l'estime de soi du sujet ou encore sur sa gestion d'émotions. Le sujet s'est retrouvé livré à lui-même, avec ce douloureux secret dont il pensait en être responsable. « *Si l'accompagnement par la parole sincère, respectueuse de l'identité fait défaut, l'enfant se sent délaissé, seul face à la dure réalité, ou même abandonné. Il risque alors de perdre confiance en ses capacités à aller de l'avant, en celles des adultes à le soutenir et surtout en la vie. Rester seul avec son malheur, ne pas pouvoir se confier, n'est-ce pas déjà une forme d'abandon ?* »⁵¹.

Le sujet met l'accent sur le travail qu'il devait assumer chaque été, loin de chez lui. Il prend cela comme une injustice et ne comprend pas pourquoi il ne peut pas rester auprès de sa famille pendant les vacances. On perçoit ici, une autre forme d'abandon qui peut être vécu comme tel de la part du sujet.

« *Toutes sortes de réalités différentes peuvent être productrices du sentiment d'abandon. Cependant, elles se relient très souvent à un vécu d'enfance dont les effets perdurent bien au-delà dans la vie adulte.* »⁵²

⁵¹ TOMASELLA S. *Le sentiment d'abandon, se libérer du passé pour exister par soi-même*. Eyrolles. Paris, 2011, p.5-8

⁵² *Ibid*, p.1

Cependant, je fais le choix de ne pas développer cette thématique qui est sous-jacente à la problématique addictive et qui, serait elle aussi sujet à un approfondissement conséquent. C'est pourquoi, il m'était important de souligner que cette thématique avait été soulevée suite à mon analyse. Etant donné que celle-ci n'apparaît pas au premier plan, j'ai décidé de ne pas aller plus loin. Je ressens une certaine frustration à ne pas pouvoir exploiter cette thématique mais il me semble plus judicieux de ne pas le faire plutôt que de bâcler ce sujet.

« Dans le cas des dépendances, le sentiment d'abandon semble rarement présent au premier plan de l'existence et de la conscience de soi. Pourtant, c'est bien lui qui organise secrètement toute la vie affective, intime et relationnelle de la personne. L'addiction vient alors faire barrage aux émotions que nous avons évoquées jusqu'à présent : angoisses, colères, envies destructrices, etc. Dans ce cas, elles sont d'une puissance telle que l'individu les étouffe ou les fuit par des moyens extrêmes, en s'accrochant à un groupe, à une activité ou à une substance. »⁵³

5.6. Hypothèse 8 : « Le besoin de reconnaissance »

Hypothèse 8 : Le sujet recherche la perfection pour avoir droit à de la reconnaissance.

La reconnaissance désigne le fait de reconnaître une personne et d'exprimer de la gratitude à son égard. Suite à l'analyse des entretiens, je remarque que le sujet cherche la reconnaissance de son père puisque celui-ci ne lui en exprime pas. Le seul domaine dans lequel son père reconnaît les efforts de sa fille se limite au sport. Le sujet s'exprime ainsi :

« Mon papa a toujours été fier de moi dans le sport »

« Je trouve que mon papa me dévalorisait trop ! Pour lui, j'étais bonne que pour le sport, il me disait que de toute façon je n'arriverais jamais à rien, que je ne ferais jamais rien dans ma vie. »

Par ces deux affirmations, on remarque que le sujet a pleinement conscience du manque de reconnaissance de la part de son père. On pourrait croire que le sujet s'adonne au sport avec pour but d'avoir droit à la fierté de son père.

Suite à cette hypothèse, j'ai fait des recherches autour de la reconnaissance et des styles éducatifs au sein des familles. J'ai trouvé des similitudes entre le récit de vie et l'éducation au style normatif qui servait auparavant de modèle éducatif.⁵⁴

A travers cette éducation on remarque que l'affection était considérée comme une faiblesse et il en allait de même de l'expression des émotions et sentiments. Celle-ci habitait l'enfant à supporter la frustration et à différer ses attentes ou besoins ; beaucoup de plaisirs étaient alors refoulés. *« Ce style éducatif engendrait alors des comportements de rébellion et la rupture était souvent la seule*

⁵³ TOMASELLA S. *Le sentiment d'abandon, se libérer du passé pour exister par soi-même*. Eyrolles. Paris, 2011, p.72

⁵⁴ NANCHEN M., *Ce qui fait grandir l'enfant, Affectif et normatif : les deux axes de l'éducation*. L'aire de famille. Saint-Augustin. Saint-Maurice, 2002.

issue praticable et débouchait fréquemment sur une marginalité parfois invalidante (alcoolisme, délinquance). »⁵⁵

L'idée que l'estime de soi doit être encouragée chez l'enfant n'existait pas. Au contraire, une telle notion aurait évoqué une option dangereuse en contradiction avec la nécessaire humilité à adopter face à l'ordre du monde tel qu'il était enseigné et face à ceux qui en étaient les représentants. Or, les besoins de l'enfant sont importants et il en existe plusieurs à combler pour contribuer à enrichir l'estime que l'enfant a de lui-même.

Les besoins de l'enfant sont les suivants⁵⁶ :

- Le besoin d'être accepté en tant que personne
- Le besoin de recevoir des marques de tendresse
- Le besoin de conquérir son autonomie
- Le besoin d'être soutenu et encouragé dans la difficulté
- Le besoin de reconnaissance de ses progrès et performances
- Le besoin que les attentes des adultes soient cohérentes

On perçoit ici que la plupart des besoins explicités ci-dessus, ne sont pas comblés dans l'éducation au style normatif. A travers les entretiens du récit de vie, on peut souligner que le sujet souffre d'une carence affective et que la consommation se montrait alors une véritable issue pour servir de barrage aux émotions du sujet. Ayant toujours dû prouver sa valeur, être performant dans le maximum de domaines, le sujet a toujours recherché « cette perfection » pour démontrer à sa famille qu'il avait le droit d'être reconnu en tant que tel. L'estime de soi du sujet se montre alors péjorée et cette carence affective aura des répercussions sur sa vie adulte.

En tant que professionnel, il serait nécessaire ici de travailler avec le bénéficiaire sur son estime de soi et sur la gestion des émotions.

⁵⁵ NANCHEN M., *Ce qui fait grandir l'enfant, Affectif et normatif : les deux axes de l'éducation*. L'aire de famille. Saint-Augustin. Saint-Maurice, 2002, p.18

⁵⁶ *Ibid*, p.81

5.7. Hypothèse 9 : « L'estime de soi »

Hypothèse 9 : Une mauvaise estime de soi peut conduire à une dépendance

Après la retranscription des entretiens et l'analyse de ceux-ci, l'hypothèse autour de l'estime de soi a rapidement été soulevée.

Il me semble, au premier plan, nécessaire de donner ici une définition de l'estime de soi. *« L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du soi : comportementale, cognitive et émotionnelle. Elle comporte des aspects comportementaux (elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès) et cognitifs (elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin, l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne : elle dépend de notre humeur de base qu'elle influence fortement en retour. Les rôles de l'estime de soi peuvent d'ailleurs être compris selon cette même grille de lecture : une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une autoévaluation plus fiable et plus précise et permet une stabilité émotionnelle plus grande. »*⁵⁷

L'estime de soi se construit dans l'enfance et influence les comportements à l'âge adulte. Chez l'enfant, elle recouvre au moins cinq dimensions :

- L'aspect physique : « est-ce que je plais aux autres ? »
- La réussite scolaire : « suis-je bon élève ? »
- Les compétences athlétiques : « est-ce que je suis fort ? »
- La conformité comportementale : « Les autres m'apprécient-ils ? »
- La popularité : « est-ce qu'on m'aime bien ? »

On peut relever un point qui semble faire défaut chez le sujet : la réussite scolaire. Le milieu scolaire est un domaine important, dans l'enfance, puisque que c'est l'endroit où l'enfant se socialise et a la possibilité d'acquérir de nombreux outils. *« Si l'enfant se juge favorablement sur le plan scolaire mais estime que ses compétences ne sont pas si désirables que cela dans le milieu où il évolue, l'estime de soi n'en sera alors pas confortée pour autant. »*⁵⁸

La période scolaire fut difficile pour le sujet, il exprime à plusieurs reprises son manque d'intérêt pour l'école et ses lacunes importantes. Il explique également que son papa lui impose une pression conséquente à ce niveau-là et que le paraître face aux habitants du village se montrait d'une importance capitale. D'ailleurs on affirme souvent que l'estime de soi se construit dans le regard de l'autre.

⁵⁷ LA PETITE BIBLIOTHÈQUE DE SCIENCES HUMAINES, *La Reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi*. Sciences Humaines. Auxerre, 2013, p. 91-92

⁵⁸ *Ibidem*

« L'estime de soi haute ou basse n'est pas seulement une caractéristique de la personnalité. C'est aussi un outil, permettant, ou non, de s'adapter à son environnement. Il existe par exemple un lien fort entre l'estime de soi d'un enfant et ses résultats scolaires. »

Toutes ces différentes raisons démontrent que l'individu au centre de ma recherche n'a pas eu la possibilité de construire une bonne estime de soi ce qui a créé chez lui un manque de ressource dans la gestion de ses difficultés.

« Plus finement, il semble qu'une bonne estime de soi permette à l'enfant confronté à des difficultés d'adopter des stratégies de résolution de problèmes adaptées : recherche de soutien social auprès des proches, remise en question mesurée des comportements inadéquats, confrontation à la réalité. Tandis qu'une faible estime de soi est souvent associée à des stratégies inverses : repli sur soi ou réticence à parler de ses soucis, autocritique excessive ou déni des difficultés, évitement du problème... Dans cette même optique, un lien étroit entre estime de soi et capacités d'autocontrôle a été souligné : on définit l'autocontrôle par la capacité d'un sujet à s'engager dans des actions (par exemple le travail scolaire) qui apportent des bénéfices à long terme malgré l'absence de bénéfices à court-terme, voire des inconvénients immédiats. Ces stratégies d'autocontrôle sont par exemple celles qui font défaut aux personnes à basse estime de soi ayant du mal à observer des consignes d'hygiène de vie. »⁵⁹

Il existe de véritables liens entre l'estime de soi et la problématique addictive. La consommation s'avère être une mauvaise stratégie de gestion de situation, qui semble, à ce moment-là, la meilleure solution pour le sujet.

En tant que professionnel, il serait constructif ici, de travailler sur l'amélioration de l'estime personnelle des bénéficiaires en explorant le rapport à soi, aux autres et à l'action. Des exercices de jeux de rôle autour des émotions peuvent également servir à la reconstruction de cette estime ; il est nécessaire de laisser parler ses émotions. L'autocontrôle avec des exigences élevées a souvent été observé chez les sujets souffrant d'un déficit de l'estime de soi.

Le professionnel peut aider le sujet à s'octroyer une réelle place dans la société, dire non, se faire des cadeaux, souligner ses points forts, etc. tous ces éléments participent à l'amélioration de l'estime de soi.

Toutes ces étapes prennent du temps et demandent un investissement important puisque se dévoiler c'est aussi accepter ses fragilités.

⁵⁹ LA PETITE BIBLIOTHÈQUE DE SCIENCES HUMAINES, *La Reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi*. Sciences Humaines. Auxerre, 2013, p. 95-96

5.8. Hypothèse 10 : « La parentalité »

Hypothèse 10: Valoriser le rôle de parent de la personne toxicodépendante peut être un moteur de rétablissement

Malgré mon envie d'approfondir cette thématique, j'ai supprimé cette hypothèse. En premier lieu, puisqu'elle s'éloigne de mes objectifs de travail et en second plan car elle peut également être, à elle-seule sujet ou questionnement d'un travail de recherche.

5.9. Hypothèse 11 : « Les durées de traitement »

Hypothèse 11 : Les durées de traitement pour les toxicodépendances sont trop courtes

Concernant cette hypothèse, j'ai également été dans l'obligation de l'exclure de mon travail de bachelor étant donné l'éloignement d'avec mes objectifs. La dimension des soins en addiction est une thématique considérable et demande un approfondissement sous plusieurs angles.

6. CONCLUSION

6.1. Démarche

Arrivée au terme de ma recherche, je remarque que cet investissement fut bénéfique et m'a apporté un grand nombre d'outils.

En débutant mon projet de bachelor, il est vrai que j'avais de nombreuses appréhensions au niveau organisationnel et méthodologique. Je partais sur une technique de recherche encore jamais expérimentée. C'était pour moi, l'occasion de m'impliquer au maximum dans ce processus et d'élaborer entièrement la démarche que j'allais emprunter. J'ai rapidement débuté en contactant la personne ressource de mon récit de vie et j'ai ensuite entamé les entretiens avec elle. Plus mon travail avançait, plus les doutes se dissipaient et faisaient place à des découvertes enrichissantes.

Lorsque je travaillais sur mon mémoire, la construction de chaque partie, que ce soit la théorie, la méthodologie ou la construction d'hypothèses ; celles-ci, survenaient naturellement au fur et à mesure de mon cheminement. Ma page de garde reflète parfaitement l'évolution de mon écrit : une métaphore entre le développement d'un arbre et de mon travail.

Il est vrai que dans la méthodologie habituelle, l'étudiant doit construire un modèle théorique pour ensuite aller le vérifier par le biais de la réalité du terrain. Ce qui l'amène, pour sa partie théorique, à produire de l'écrit qui ne contient pas forcément de lien direct avec une situation concrète. Pour ma part, tous les éléments se suivaient et la continuité de chaque partie amenait du sens à mon travail, plus j'avais et plus mon mémoire gagnait en authenticité.

Après la réalisation des entretiens, j'ai commencé mes différentes lectures autour de la problématique des addictions. Ce fut agréable puisque je percevais directement les liens entre mes lectures et le récit de mon sujet. J'ai tout de suite pu ancrer la théorie aux entretiens et ce fut une grande richesse méthodologique.

Dans mon travail, j'ai eu l'opportunité de percevoir de multiples facettes de la problématique addictive, ce qui m'a amené à évoluer mes croyances et concepts en terme d'addictions. De plus, je remarque que la compréhension de la théorie addictive était plus facile et plus claire puisque j'avais eu droit à des exemples concrets, racontés par le sujet lors des entretiens.

La compétence 11 contenue dans le référentiel d'un éducateur spécialisé se traduit ainsi :

Participer à une démarche de recherche

- Adopter une posture de recherche dans toute situation de formation et d'intervention sociale.
- Suivre une démarche méthodologique appropriée à l'objet de recherche.
- Utiliser les instruments théoriques et conceptuels adaptés à l'objet.
- Articuler une démarche empirique à une démarche d'élaboration théorique.
- Définir et respecter le cadre déontologique de la recherche.

- Mettre en forme le cheminement et les résultats de la recherche.
- Communiquer les résultats de la recherche et les soumettre au débat.

Toutes ces sous-compétences ont été travaillées grâce à la réalisation de mon travail de bachelor. Il ne me reste plus qu'à communiquer les résultats de ma recherche et à les soumettre au débat lors de ma défense orale. Ce qui était nécessaire en vue d'atteindre cette onzième compétence fut l'adaptation d'une méthode de travail cohérente face au choix de la question de recherche.

Pour ma part, je suis convaincue que sans la méthode du récit de vie, la réponse à ma question serait amoindrie et incomplète. C'est notamment pour cette raison qu'il est nécessaire de passer par un pré-projet et un projet de bachelor afin d'éviter de faire prendre une mauvaise direction à son travail.

Tous ces différents exemples démontrent la démarche et l'évolution de mon travail de mémoire.

6.2. Bilan

Dans cette partie, je souhaite vous faire part d'une autocritique personnelle concernant les objectifs fixés au préalable, ainsi que les limites rencontrées au fil de mes recherches.

Les objectifs à travailler étaient les suivants :

Objectifs de mon travail de bachelor :

4. Comprendre ce qui peut amener un sujet vers les addictions.
5. Faire de ce travail, un outil utilisable pour le travailleur social.
6. Trouver de nouvelles pistes de compréhension et d'action en matière d'addictions

Objectifs personnels de mon travail de bachelor :

4. Expérimenter une méthode de recherche (le récit de vie)
5. Approfondir mes connaissances en matière d'addictions (suivi thérapeutique des personnes toxicodépendantes, aspects théoriques, problématiques en lien, questionnements, etc.)
6. Tisser des liens entre la théorie et la réalité du terrain

Tous ces objectifs ont été atteints et finalisés dans l'entier de mon écrit. Cependant, je remarque que j'ai éprouvé certaines difficultés et limites lors de la production de mon mémoire.

Tout d'abord, j'ai dû attendre la finalisation des entretiens et l'analyse de ceux-ci avant de construire ma théorie et mes hypothèses. Ce fut difficile car je voyais mes collègues avancer leurs parties théorique et leurs hypothèses et je n'arrivais pas à situer mon travail. Je me sentais frustrée de ne pas pouvoir construire mon modèle d'analyse et je ne bénéficiais d'aucune assurance quant à l'aboutissement de mon travail. Il est vrai que je prenais un risque en partant sur une méthodologie

contraire à la leur, je ne pouvais demander conseil à personne et j’avançais mon travail avec une confiance uniquement personnelle. Malgré cette difficulté, je me suis rapidement rendue compte que la direction empruntée, le choix de ma méthodologie correspondait en tout point à la question à laquelle je souhaitais répondre. Plus les étapes évoluaient et plus mon travail s’éclaircissait, ce qui fut rassurant.

La deuxième difficulté que j’ai rencontrée est en lien avec la première et concerne la gestion du temps pour la réalisation de mon mémoire. Suite à l’analyse des entretiens, j’ai remarqué que de nombreux concepts théoriques émergeaient et que les hypothèses s’avéraient complexes. J’ai donc été dans l’obligation de demander une prolongation pour le dépôt de mon bachelors. Je pouvais terminer dans les délais, mais je n’aurais pas été satisfaite de la qualité de celui-ci. J’ai préféré demander une prolongation en vue de finaliser au mieux mon travail et de le savoir abouti.

Le questionnement de ma recherche se traduisait ainsi : *Qu’est-ce qui amène un sujet à développer une conduite addictive et surtout qu’est-ce qui l’empêche de l’arrêter si tel est son souhait.*

On perçoit que le questionnement est ouvert et qu’une réponse toute faite ne pourrait y répondre. C’est donc l’entièreté de mon travail qui apporte une réponse à cette interrogation. Dans mon mémoire, on décèle les différents éléments de vie qui ont amené ce sujet à développer une conduite addictive et je souligne également les difficultés à arrêter cette consommation, qui pour le sujet se définit comme un moteur de survie et une stratégie d’adaptation au monde dans lequel il vit.

7. DECOUVERTES

La rédaction de mon travail de Bachelor, m’a permis de découvrir de nombreux éléments enrichissants. Tout d’abord, j’ai découvert comment construire et élaborer une recherche. Cet élément m’a permis d’adopter un point de vue objectif tout en comprenant les différents sens subjectifs. Celui-ci, m’a aussi permis de me centrer sur une tâche sur un long terme afin de prendre du recul face aux différentes sources recueillies. Je remarque que les recherches prennent du temps et demandent un grand investissement mais aboutissent à des résultats concluants. En exerçant une posture de recherche, j’ai réellement éprouvé une grande satisfaction personnelle et une meilleure assurance dans mes interactions professionnelles.

Deuxièmement, j’ai découvert la méthodologie du récit de vie et j’ai pris du plaisir à travailler en collaboration avec un usagé. Je ne connaissais pas cet outil de recherche et aujourd’hui, je sais travailler avec lui et je l’ai adapté à ma pratique professionnelle.

J’ai également pu découvrir le récit de vie en tant qu’outil pratique dans le travail social. Je regrette de ne pas avoir pu approfondir cet outil professionnel, dans mon travail écrit, mais cette étape s’avère m’intéresser et servirait de continuité à mon travail de mémoire. Le récit de vie est un outil qui permette non seulement au bénéficiaire de prendre conscience des éléments vécus et d’y tirer des avantages mais permet aussi au professionnel d’adopter un point de vue « méta » sur sa pratique et son vécu. Dans certaines institutions françaises, le récit de vie est proposé aux professionnels et

aux bénéficiaires, ce qui permet de *transmettre des savoir-faire et savoir-être qui fondent les identités professionnelles, les compétences et les pratiques*⁶⁰. Le récit de vie est également un outil utilisé dans les thérapies systémiques et celui-ci permet d'inclure l'environnement et le vécu du résident afin de travailler sur ce qui semble important.

Découvrir le champ des addictions à travers le regard d'un patient, d'une personne qui a vécu avec cette problématique et non du point de vue d'un professionnel me paraît une découverte fondamentale. On entend souvent qu'il est parfois nécessaire d'être au centre de la problématique pour saisir les différents mécanismes. En incluant les entretiens de vie et la partie théorique de mon travail, je permets à celui-ci de gagner en authenticité.

Finalement, je remarque que la rédaction de mon mémoire ainsi que les périodes de formation pratique sont les deux tâches qui m'ont fait grandir en maturité et ont abouti à une évolution de ma pratique.

8. LIENS AVEC LE TRAVAIL SOCIAL

Les différents liens avec le travail social ont été mis en lumière après chaque partie de mon travail de Bachelor.

Cependant, je tiens à souligner que suite à mon analyse et à l'élaboration des hypothèses, j'ai perçu là où il était constructif d'encadrer le bénéficiaire (gestion des émotions, équilibre relationnel, suivi des activités, etc.) et ce constat est fondamentalement ce qu'on appelle le travail social. Aller chercher là où sont les manques pour travailler en collaboration avec le bénéficiaire afin d'éviter de travailler sur des concepts qui n'aboutissent à aucune progression. Produire de la théorie suite à la réalité du terrain m'a permis de parvenir à des conclusions enrichissantes et de percevoir directement les liens à établir.

8.1. Pistes de recherche et nouveau questionnement

Plusieurs pistes de recherche ont été mises en exergue dans mon mémoire. Certaines hypothèses ou observations s'avéraient trop vastes pour mériter un investissement et s'éloignaient de mes objectifs de recherche, ce sont principalement pour ces deux raisons qu'elles n'ont pas été sélectionnées. Cependant, je perçois qu'elles font partie des pistes de recherche que je souhaiterai à l'avenir investiguer et qui font sens dans la problématique addictive.

Je retiens plusieurs champs d'action:

- Les stratégies autour de l'addiction au sport
- Les stratégies basées sur les états métamotivationnels
- La notion de parentalité dans les addictions
- L'identité et les addictions

⁶⁰ DE GAULEJAC V. et LEGRAND M. *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle*. Sociologie clinique. Erès. Toulouse, 2010, p. 16-17.

- Les centres de traitement des addictions en Suisse (fonctionnement, organigramme, stratégies thérapeutiques, etc.)
- L'intervention précoce, en tant qu'outil préventif dans le champ des addictions

Ces différentes thématiques visent à approfondir les connaissances en matière d'addiction, dans le but de construire de nouvelles stratégies éducatives et thérapeutiques. Durant l'élaboration de mon mémoire, beaucoup de questionnements surgissaient et l'exploration de certaines pistes de recherche se faisait sentir. Ce sont pour ces raisons que je souhaitais mettre en évidence les différents éléments sur lesquels j'aurais souhaité aller plus loin. En définitive, je retiens une question qui me vient à l'esprit :

« *La relation que la personne dépendante entretient avec son produit d'addiction, peut-elle être modifiée à l'avenir, afin de trouver un équilibre ?* ».

9. SOURCES

Ouvrages

- BECKER H-S. *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*. Métailié. Paris, 1985.
- BERGERET J. *Toxicomanie et Personnalité, Presses universitaires de France*. Que sais-je ? Paris, 1982.
- BERTAUX D., *L'enquête et ses méthodes, Le récit de vie, 3^{ème} édition*. Armand Colin. Paris, 2010.
- BOUHNİK P. *Toxicos, Le goût et la peine, Alternatives sociales*. La Découverte. Paris, 2007.
- DE GAULEJAC V. et LEGRAND M. *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle*. Sociologie clinique. Erès. Toulouse, 2010.
- DOBBS B. et POLETTI R., *L'estime de soi, un bien essentiel*. Jouvence. Espagne, 1998.
- GEORGE G. *La confiance en soi de votre enfant*. Odile Jacob. Paris, 2007.
- GOMEZ H. *Clés pour sortir de l'alcool*. Erès. Toulouse, 2012.
- GOMEZ H. *La personne alcoolique*. Dunod. Paris, 2006.
- KAUFMANN J.-C. *L'entretien compréhensif*. Nathan. Paris, 1996.
- LA PETITE BIBLIOTHÈQUE DE SCIENCES HUMAINES, *La Reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi*. Sciences Humaines. Auxerre, 2013.
- MOREL A., COUTERON J.-P, FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*. Dunod. Paris, 2010
- NANCHEN M., *Ce qui fait grandir l'enfant, Affectif et normatif : les deux axes de l'éducation*. L'aire de famille. Saint-Augustin. Saint-Maurice, 2002.

QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales, 4^{ème} édition.* Dunod. Paris, 2011.

STRAUSS A. ET CORBIN J. *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée.* St-Paul. Fribourg, Suisse, 2004.

TOMASELLA S. *Le sentiment d'abandon, se libérer du passé pour exister par soi-même.* Eyrolles. Paris, 2011.

VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie.* Belin, 2005, Paris.

Article

Article Cairn : Cardénel Marylène et al., « États métamotivationnels chez des toxicomanes et des anorexiques restrictives : similitudes et différences », *Psychotropes*, 2007/2 Vol. 13, p. 69-90. DOI : 10.3917/psy.t.132.0069, *consulté le 16.02.2015*

Sites internet

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/103/?sequence=16>, *consulté le 12.10.2014*

<http://www.erudit.org/revue/DSS/2009/v8/n2/044470ar.html?vue=plan>, *consulté le 03.11.2014*

http://www.drogues-dependance.fr/alcool-effets_dangers.html, *consulté le 22.09.2014*

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/short-term-long-term-effects.html>, *consulté le 22.09.2014*

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction>, *consulté le 24.09.2014*

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/marijuana/short-and-long-term-effects.html>, *consulté le 24.09.2014*

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/cocaine/effects-of-cocaine.html>, *consulté le 02.10.2014*

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/heroin/the-destructive-effects-of-heroin.html>, *consulté le 05.10.2014*

<http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/addiction/heroin-heroine-fra.php>, *consulté le 05.10.2014*

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Cod%C3%A9ine>, *consulté le 18.10.2014*

http://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Cod%C3%A9ine,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages, *consulté le 18.10.2014*

<http://www.drogues-info-service.fr/?Champignons-hallucinogenes>, *consulté le 24.10.2014*

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/lsd.html>, consulté le 24.10.2014

http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_des_psychotropes, consulté le 03.11.2014

http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/mallette_genre_estime_de_soi.pdf, consulté le 12.02.2015

10. ANNEXES

10.1. Annexe 1 - Lexique des drogues

Annexe 1 - Définitions et lexique des drogues

Pour faciliter la lecture de mon Travail de Bachelor, j'ai élaboré un lexique des différentes drogues contenues dans le récit de vie.

Il me semble, en premier lieu, fondamental de définir le mot « drogue » ; les définitions de ce mot sont multiples et avec l'histoire, celui-ci a beaucoup évolué.

« Depuis un siècle, la drogue désigne généralement une substance exposant au risque de dépendance, jugée particulièrement dangereuse et interdite par la loi. »⁶¹

« Dans une approche plus globale et scientifique, le mot « drogue » recouvre toutes les substances chimiques qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau et provoquer ainsi des modifications psychiques et comportementales (Morel, Couteron, 2008).⁶²

Pour éviter de sélectionner une définition propre, j'ai découvert quatre clés de compréhension développées par Morel et Couteron qui résument et apportent une vision systémique du mot « drogue » :⁶³

- 1. « Nous avons tous recours à des agents externes – dont les drogues – qui nous apportent des satisfactions dans la réponse à nos besoins vitaux et à la confrontation à notre environnement. Ces comportements sont universels et s'inscrivent dans des contextes psycho-individuels et socio-culturels qui leur donnent à la fois sens et contenu.*
- 2. Toutes les substances psychoactives peuvent apporter des satisfactions mais aucune ne le fait sans risque, sans éventuellement provoquer des complications, même si elles le font selon des degrés et des formes différentes. C'est le pouvoir d'ubiquité des drogues que d'être tout à la fois pourvoyeuses de bienfaits et de souffrances, facteurs de problème comme de solutions.*
- 3. Toutes les substances psychoactives modifient le fonctionnement du cerveau et du psychisme, et provoquent sur l'organisme un ensemble d'effets et de contre-effets qui ont des liens étroits entre eux. Face à ces modifications, il existe des systèmes de régulation interne de l'organisme qui obéissent à des mécanismes intangibles.*

⁶¹ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p.18

⁶² *Ibidem*

⁶³ *Ibid*, p. 24-25

4. *L'effet produit par une drogue ne se limite pas à son action neurobiologique. L'effet vécu par l'individu a des dimensions biologiques, sociales et psychologiques. Cet ensemble complexe représente autant de facteurs qui influent sur l'effet pour créer une expérience psychotrope globale qui est propre à l'individu, mais qui est aussi déterminée par significations sociales et culturelles qu'elle comporte. C'est l'équation $E = SIC$, qui signifie que l'effet est la résultante de facteurs provenant de la substance, de l'individu et du contexte, et que le tout dépasse l'addition de chaque partie. »*

Les drogues présentes dans le récit de vie peuvent être séparées en trois catégories différentes :⁶⁴

Dépresseurs	Stimulants	Perturbateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Opiacés : <ul style="list-style-type: none"> • Codéine • Héroïne • Méthadone 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaïne 	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis <ul style="list-style-type: none"> - Herbe, marijuana - Haschich • Hallucinogènes <ul style="list-style-type: none"> - LSD - champignons

Les dépresseurs :

Ces substances ont une action sédatrice et vont diminuer l'activité du cerveau. Ces dépresseurs agissent de façon séquentielle, ce qui explique que, tout en diminuant l'activité cérébrale, l'alcool par exemple provoque paradoxalement une désinhibition, donc une certaine stimulation en début de consommation ou chez des personnes habituées.

Les stimulants :

Ces substances vont au contraire augmenter l'activité du système nerveux central. Ces drogues diminuent la sensation de faim et de fatigue et donnent une impression d'augmentation de l'énergie et des capacités. A haute dose ou à consommations très répétées, les plus puissantes peuvent provoquer des troubles essentiellement cardio-vasculaires et un épuisement (fatigue intense et humeur dépressive) lors de la récupération.

Les perturbateurs :

Cette troisième catégorie est composée de molécules qui perturbent l'activité du cerveau essentiellement sur les fonctions perceptives. Leurs effets peuvent générer des illusions voire des hallucinations mais aussi, des émotions attachées à ces modifications perceptives : hallucinations effrayantes parfois ou, au contraire, vécus oniriques agréables. Ce pouvoir de forte

⁶⁴ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p.22-23

psychomodification peut provoquer des troubles mentaux. En revanche, elles ne sont pas ou peu l'objet de conduites de dépendances.

Voici maintenant un descriptif plus détaillé des différentes substances contenues dans le Récit de Vie⁶⁵ :

L'alcool :

Substance obtenue par fermentation naturelle du raisin ou d'autres fruit (ou de céréales et végétaux), est utilisé depuis des millénaires. En Europe, cet usage est diffusé d'un côté par les Celtes et de l'autre par les Romains. C'est le vin qui connaît le plus grand succès et un nouvel essor culturel du fait de sa production dans toute la chrétienté par des monastères au nom de la Gloire de Dieu. Si les techniques de distillation sont anciennes, Abulcasis ayant produit la fameuse Aqua vitae – « eau de vie » censée procurer l'immortalité – dès le X^e siècle, les boissons distillées ne se répandront dans la population qu'à partir du XIX^e siècle (Verdon, 2002).

Dans notre société, la consommation d'alcool est le comportement le plus socialement admis mais il est nécessaire de se rendre compte de ses dangers. Cette substance comporte un risque de dangerosité bien plus important que celui de beaucoup de substances illicites ; tant au niveau du risque addictif, toxique, psychique et social.

Malgré « son accommodation » au sein des différents groupes sociaux, l'individu, pour qui l'alcool devient problématique devient très vite l'objet d'une stigmatisation sociale : il représente la « faiblesse » de celui qui n'aurait pas su contrôler et qui signe son manque de volonté.⁶⁶

Les effets à court terme⁶⁷

- Etat d'ivresse
- Troubles digestifs
- Nausées, vomissements
- Diminution de la vigilance → accidents de la circulation
- Perte de contrôle de soi → comportements violents, passages à l'acte, agressions sexuelles, suicides, homicides
- Problèmes d'élocution
- Somnolence
- Maux d'estomac
- Maux de tête
- Difficultés respiratoires
- Vision et ouïe déformées
- Jugement altéré

⁶⁵ MOREL A., COUTERON J.-P, FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 3

⁶⁶ Ibid, p.8

⁶⁷ http://www.drogues-dependance.fr/alcool-effets_dangers.html, consulté le 22.09.2014

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/short-term-long-term-effects.html>, consulté le 22.09.2014

- Perception et coordination diminuées
- Anémie (perte de globules rouges)
- Coma
- Black-out (trous de mémoire, où la personne ne peut pas se rappeler les événements qui se sont produits pendant qu'elle était sous l'influence de l'alcool)

« Boire une grande quantité d'alcool en peu de temps provoque une montée importante du taux d'alcoolémie, qui baisse ensuite en fonction de la quantité bue : seul le temps permet de le faire baisser. On compte qu'il faut une heure en moyenne par verre absorbé. Si on boit sans manger, l'alcool passe plus rapidement dans le sang et ses effets sont plus importants. »⁶⁸

Les effets à long terme⁶⁹

La consommation régulière et excessive d'alcool augmente le risque de nombreuses pathologies :

- Cancers de la bouche, gorge ou œsophage
- Maladies du foie (cirrhose) et du pancréas
- Troubles cardiovasculaires
- Hypertension artérielle
- Maladie du système nerveux
- Troubles psychiques (anxiété, dépression, troubles du comportement)
- Augmentation du nombre d'accidents sur le lieu de travail et chute de productivité
- Multiplication des problèmes familiaux, ruptures
- Intoxication éthylique
- Affection hépatique
- Lésions nerveuses
- Problèmes sexuels
- Dommages permanents au cerveau
- Carence en vitamine B1, qui peut mener à des troubles caractérisés par l'amnésie, l'apathie et la désorientation
- Ulcères
- Gastrites (inflammation des parois de l'estomac)
- Malnutrition

Le cannabis :

Est mentionné pour la première fois autour de 2700 avant J.-C. dans le Traité des plantes médicinales de l'empereur chinois Shen Nung. Le chanvre qui donne le cannabis est une plante connue de très longue date sur plusieurs continents, notamment en Asie, en Afrique du Nord et en Europe où sa culture a été encouragée au XVII^e siècle. En Inde, en Afrique du Nord et en Asie

⁶⁸ http://www.drogues-dependance.fr/alcool-effets_dangers.html, consulté le 22.09.2014

<http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/alcohol/short-term-long-term-effects.html>, consulté le 22.09.2014

⁶⁹ *Ibidem*

Mineure, son usage fut intégré, jusqu'à sa prohibition récente, à des usages culturels, médicaux et religieux.⁷⁰

Le cannabis est le nom latin du chanvre. Selon le mode de culture, on obtiendra deux types de produits différents. Cultivé en terrain humide, il est riche en fibres et devient le chanvre qui sert à la fabrication de tissus et cordages. Cultivé dans des milieux chauds et secs, le cannabis va produire une résine pour lutter contre la sécheresse. Celle-ci, présente en abondance dans les feuilles et sommités florales, est particulièrement riche en substances psychoactives, notamment le THC ou tetrahydrocannabinol.⁷¹

Les feuilles et tiges de marijuana séchées forment une herbe. Il en existe de toutes les variétés et de tous les prix. Le plus souvent vendu pur, ce cannabis à l'état brut est roulé dans du papier à cigarettes pour être fumé. Par cette voie on obtient une intensité et une durée des effets optimaux puisque la moitié du principe actif va être absorbée. Les effets apparaissent ainsi en quelques minutes et durent plusieurs heures.

Les effets neuropsychiques

« Les aires cérébrales à forte densité de récepteurs cannabinoïdes, les CB, correspondent aux effets comportementaux produits par les cannabinoïdes. Six régions du cerveau ont des concentrations élevées de récepteurs CB:

- Le cervelet → atteinte de la coordination des mouvements, altération de la notion du temps ;
- L'hippocampe → modification de la sensation des émotions, perte de mémoire ;
- L'hypothalamus → augmentation de la faim ;
- La zone de récompense → craving⁷² au cannabis ;
- Le cortex frontal → prise de risque ;
- Le cortex pariétal → distorsion des perceptions sensorielles. »⁷³

Les effets à court terme⁷⁴

- Sensations altérées
- Panique
- Anxiété
- Coordination insuffisante des mouvements
- Réflexes amoindris
- Après s'être senti mieux, le consommateur se sent endormi ou déprimé
- Accélération du rythme cardiaque et risque d'attaque

⁷⁰ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 3

⁷¹ *Ibid*, p. 109-110

⁷² <http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction>, consulté le 24.09.2014

Le craving (de l'anglais, « désir ardent, appétit insatiable ») est le désir compulsif de reproduire le comportement d'addiction après une période d'abstinence

⁷³ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 112

⁷⁴ <http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/marijuana/short-and-long-term-effects.html>, consulté le 24.09.2014

« Les effets immédiats du cannabis apparaissent en général de 15 à 20 minutes après inhalation et entre 4 à 6 heures en cas de prise orale. Le cannabis à principalement une action neuro-modulatrice, c'est-à-dire que les effets ressentis après une prise sont très variables et dépendent étroitement des ressentis personnels au moment de la consommation. Classiquement, l'usager va ressentir deux types de phénomènes. D'une part un sentiment de relaxation au cours duquel il va être légèrement confus et psychologiquement séparé de son environnement. D'autre part une modification de toutes les sensations. »⁷⁵

Les effets à long terme⁷⁶

- Résistance aux maladies communes diminuée (rhume, bronchite, etc.)
- Affaiblissement du système immunitaire
- Troubles de croissance
- Augmentation de cellules anormales dans le corps
- Réduction des hormones mâles
- Destruction rapide des fibres pulmonaires et lésions au cerveau parfois irréversibles
- Capacité sexuelle réduite
- Difficultés à étudier : aptitude réduite à apprendre et à retenir l'information
- Apathie, somnolence et manque d'enthousiasme
- Changement de personnalité et de tempérament
- Inaptitude à comprendre les choses clairement

La cocaïne :

Est issue des feuilles de coca. La consommation traditionnelle de coca (feuilles de cocaïer mâchées) par les peuples des Andes est attestée depuis plusieurs milliers d'années avant J.-C. La coca y a toujours été considérée comme une plante divine et médicinale. Son usage restera longtemps l'apanage des classes dirigeantes, la population n'y ayant accès qu'à l'occasion de certaines fêtes. La conquête espagnole au XVI^e accélère sa popularisation : la coca permettant d'augmenter le rendement des ouvriers-esclaves exploitant les mines des Andes, le roi d'Espagne, Philippe II la déclare « nécessaire au bien-être des Indiens ». ⁷⁷

La cocaïne se présente sous forme d'une poudre blanche. Elle peut être sniffée, fumée (dans une cigarette), inhalée (disposée sur du papier d'aluminium puis chauffée, la fumée qui s'en dégage est inhalée) ou injectée.

Cette substance entraîne surtout une accumulation dans l'espace inter-synaptique de dopamine responsable de l'euphorie, de la réduction de la fatigue et de l'impression d'acuité mentale.

⁷⁵ MOREL A., COUTERON J.-P, FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 112-113

⁷⁶ <http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/marijuana/short-and-long-term-effects.html>, consulté le 24.09.2014

⁷⁷ MOREL A., COUTERON J.-P, FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 4

Pour la cocaïne, la dépendance est avant tout « psychique », avec apparition de pensées obsédantes très difficiles à évacuer. La tolérance impose d'augmenter les doses avec le temps pour retrouver les mêmes effets.⁷⁸

Effets à court terme⁷⁹

- Anorexie (perte d'appétit)
- Augmentation du pouls, de la pression sanguine et de la température corporelle
- Vaisseaux sanguins périphériques contractés
- Accélération de la respiration
- Pupilles dilatées
- Troubles du sommeil
- Nausées
- Hyperstimulation
- Comportement bizarre, incohérent, quelquefois violent
- Hallucinations, nervosité excessive, irritabilité
- Hallucination tactile qui crée l'illusion d'avoir des insectes sous la peau
- Euphorie intense
- Anxiété et paranoïa
- Dépression
- Dépendance
- Panique et psychose
- Overdoses (même après une seule fois) pouvant mener à des convulsions, à des crises et à une mort subite

Effets à long terme⁸⁰

- Détériorations irréversibles des vaisseaux sanguins du cœur et du cerveau
- Tension élevée, conduisant à des crises cardiaques et à la mort
- Détérioration du foie, des reins et des poumons
- Destruction des tissus du nez lorsqu'elle est sniffée
- Défaillances respiratoires si elle est fumée
- Maladies infectieuses et abcès lorsqu'elle est injectée
- Malnutrition, perte de poids
- Graves caries dentaires
- Hallucinations auditives et tactiles
- Dysfonctionnement sexuel et organes de reproduction déficients, stérilité (hommes et femmes)
- Désorientation, apathie, épuisement et confusion
- Irritabilité et sautes d'humeur

⁷⁸ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 132

⁷⁹ <http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/cocaine/effects-of-cocaine.html>, consulté le 02.10.2014

⁸⁰ *Ibidem*

- Fréquence accrue de conduite à risque
- Délire ou psychose
- Grave dépression

L'héroïne :

En 1894, est synthétisé le diacétyl morphine – ou héroïne – plus puissant encore que la morphine. La morphine comme l'héroïne ne sont que les premiers d'une longue série de dérivés opiacés qui tous vont être utilisés en médecine avant de faire l'objet d'usages détournés. Les travaux sur la biologie du cerveau sous l'effet des morphiniques permettront, dans les années 1970, de commencer à mettre à jour les premiers neuromédiateurs et leurs rôles dans les interactions synaptiques et dans le système dit « de récompense ».⁸¹

« La molécule synthétisée possède, grâce à sa double estérification encore plus de rapidité et de puissance d'action, ainsi que l'ont décrit deux usagers dans un ouvrage des années 1980 : »⁸²

« Le bien-être corporel (dû à l'anesthésie) fait disparaître le stress, les tensions nerveuses, tous les malaises qui se sont inscrits dans le corps. L'héroïne ne procure pas l'oubli puisqu'elle laisse intactes toutes les facultés intellectuelles et la mémoire. Mais en apaisant les tensions physiques, nerveuses, en mettant le corps entre parenthèses, elle permet un rapport au monde et à soi déchargé de tout contenu émotionnel. L'héroïnomane a des problèmes ? Aussitôt défoncé, il s'en moque : cela ne se traduit plus par des angoisses... Il est tellement bien avec son corps (« dans sa peau »), son corps semble être tellement satisfait, apaisé dans ses besoins et ses désirs, que cela produit dans l'esprit un sentiment de plénitude, une disparition des tensions, des désirs... L'héroïnomane n'a pas besoin, à l'inverse du shit man, du monde extérieur, de musique, d'images... Il ferme juste les yeux et se ferme sur lui-même. » (Cahoreau, Tison, 1987)⁸³

Effets à court terme⁸⁴

- « Rush » → sensation agréable intense
- Détresse respiratoire
- Fonctions mentales embrouillées
- Nausées et vomissements
- Transpiration, somnolence
- Hypothermie (température corporelle inférieure à la normale)
- Coma ou décès (suite à une overdose)
- Diminution de l'appétit
- Pupilles en pointe d'épingle et une diminution de la vision nocturne
- Etourdissements
- Constipation
- Démangeaisons ou une sensation de brûlure sur la peau
- Maux de tête
- Absence d'émotions (apathie)

⁸¹ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 5

⁸² *Ibid*, p. 120

⁸³ *Ibidem*

⁸⁴ <http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/heroin/the-destructive-effects-of-heroin.html>, consulté le 05.10.2014

<http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/addiction/heroin-heroine-fra.php>, consulté le 05.10.2014

Effets à long terme⁸⁵

- Humeur instable
- Perte de l'appétit sexuel (diminution de la libido)
- Difficultés respiratoires (trouble respiratoire)
- Dents gâtées et inflammation des gencives
- Constipation
- Sueurs froides
- Démangeaisons
- Affaiblissement du système immunitaire
- Coma
- Faiblesse musculaire (parésie) paralysie partielle
- Capacité sexuelle réduite et impuissance de longue durée chez les hommes
- Troubles menstruels chez les femmes
- Perte de mémoire et affaiblissement des performances intellectuelles
- Introversiion
- Dépression
- Pustules sur le visage
- Perte de l'appétit
- Insomnie

De plus, s'injecter de la drogue (comme l'héroïne) peut exposer une personne à :

- Des infections de la peau
- Un empoisonnement du sang (septicémie)
- Une infection de la paroi du cœur (endocardite)

Partager son matériel de consommation de drogues (aiguilles, pipes et cuillères) peut également transmettre des maladies infectieuses comme la tuberculose, le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C.

Certaines substances utilisées pour mélanger ou pour diluer l'héroïne, comme la strychnine ou la craie, peuvent également entraîner de graves problèmes de santé. La strychnine est un poison et la craie peut bloquer de petits vaisseaux sanguins et couper la circulation du sang vers les tissus de l'organisme.

Les issues

« *Que deviennent les individus qui ont connu une addiction aux opiacés ? Combien « s'en sortent » ? La question est fréquemment posée, et si personne n'est en capacité aujourd'hui de lui*

⁸⁵ <http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/heroin/the-destructive-effects-of-heroin.html>, consulté le 05.10.2014
<http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/addiction/heroin-heroine-fra.php>, consulté le 05.10.2014

apporter une réponse précise, beaucoup de spécialistes s'accordent à dire que la majorité des usagers finissent par en abandonner l'usage mais que cet abandon est difficile et se fait généralement à long terme. De plus, il n'est pas toujours synonyme de mieux-être, le déplacement vers d'autres addictions, l'entrée dans une pathologie mentale chronique et l'aggravation de la précarité et de l'isolement social n'étant pas rares. L'évaluation des traitements montre qu'ils améliorent sensiblement les conditions de vie et la qualité de la situation du sujet. Mais on sait aussi qu'il existe des sorties « spontanées » (sans prise en charge). La politique de réduction des risques et le développement des traitements de substitution ont, vis-à-vis de la dépendance aux opiacés, apporté de bien meilleures conditions pour contribuer à ces sorties spontanées ou assistées, dans un contexte de vie plus satisfaisant. »⁸⁶

Il est important de souligner que le potentiel addictif des opiacés est des plus élevés parmi les substances connues (son niveau est comparable à celui du tabac), ce qui constitue leur dangerosité principale.⁸⁷

⁸⁶ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 124

⁸⁷ *Ibid*, p. 121

Codéine :

La codéine (ou méthylmorphine) est l'un des alcaloïdes contenus dans le pavot somnifère (*Papaver somniferum*). Elle est utilisée comme analgésique à visée antalgique et comme antitussif. Elle a été isolée pour la première fois en 1832 par le chimiste français Pierre Paul Robiquet. Son nom provient du nom en grec de la tête de pavot : kôdé.

Elle est considérée comme un morphinique mineur mais possède d'importantes propriétés pharmacologiques. Elle se montre ainsi plus active que la morphine dans la toux sèche où elle s'utilise par voie orale, à un dosage relativement plus faible

Elle entre également dans la pharmacopée des traitements antitussifs quand la toux est sèche (non grasse, non productive) ou d'irritation. Les formes en sirop des sels de codéine permettent une action rapide. La toux grasse ou d'expectoration ne doit pas être traitée par opiacé à moins de se montrer irritante ou épuisante et de se faire sous surveillance médicale.⁸⁸

Certains sirops pour la toux contenant de la codéine (*Resyl Plus*) sont déivrés, dans les pharmacies, sans ordonnance. Ce qui peut représenter un danger d'accoutumance pour des anciens toxicodépendants.

La codéine a les effets secondaires des opiacés (dépression respiratoire notamment) mais les doses usuelles étant relativement faibles (équivalentes à 12 mg de Morphine par jour), leur sévérité est modérée.⁸⁹

Méthadone :

La molécule de méthadone a une formule chimique et des propriétés pharmacologiques assez proches de celles de l'héroïne. C'est pour cette raison qu'elle est utilisée, sous forme de sirop, en tant que traitement de substitution pour les opiacés.

Un traitement de substitution est une modalité thérapeutique médicamenteuse de la pharmacodépendance qui repose sur l'administration d'une substance dont l'activité pharmacologique est similaire à celle de la drogue addictive.

Prise de manière régulière, à posologie constante ou adaptée, la méthadone perd les effets euphorisants des opiacés mais ne perturbe pas la vigilance, grâce à sa longue durée d'action. Elle prolonge la dépendance physique aux opiacés mais est dépourvue d'effet de tolérance : en d'autres termes, le patient ne s'habitue pas à la posologie et l'effet attendu n'oblige pas à augmenter les doses de traitement.⁹⁰

⁸⁸<http://fr.wikipedia.org/wiki/Cod%C3%A9ine>, consulté le 18.10.2014

⁸⁹http://www.psychosocial.org/psychowiki/index.php?title=Cod%C3%A9ine,_effets,_risques,_t%C3%A9moignages,c consulté le 18.10.2014

⁹⁰ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 321 à 324

Champignons hallucinogènes :

Les champignons hallucinogènes constituent une famille de plantes comportant de nombreuses variétés dont la plus commune est le psilocybe. On trouve différentes variétés à l'état sauvage, mais les champignons sont le plus souvent importés de l'étranger. La psilocybine et la psilocyne sont les principales molécules actives de ces champignons, mais il en existe de nombreuses autres (dont celles de l'amanite tue-mouche, les plus puissantes).

Les champignons hallucinogènes se présentent sous forme entière ou en morceaux, frais ou séchés. A l'état pur, ils sont sous forme de poudre cristalline blanche.⁹¹

Effets à court terme

- Modifications végétatives
- Troubles de la vigilance et des synthèses mentales
- Modifications de l'humeur, excitation
- Modifications esthétiques (illusions, dépersonnalisation)
- Phénomènes de libération onirique
 - Hallucinations
 - Intuitions pathologiques
 - Libérations émotionnelles
- Synesthésies et ecmnésies
 - Enchaînements sensoriels (« le bruit des couleurs »)
 - Reviviscence active de souvenirs
- Labilité, contradictions, simultanéité des phénomènes⁹²

En raison de leur profil pharmacologique spécifique, les hallucinogènes ont une puissante action sur les perceptions et vont donc provoquer des complications essentiellement psychiatriques.

Le risque psychique, même s'il n'est pas facile à mesurer, est le problème principal de ces substances.

Plus l'effet de la substance est hallucinogène comme dans les champignons, plus elle peut déclencher des *bad trip*, des états psychotiques aigus, voire chroniques, et des flash-back.

Le bad trip⁹³

Il se manifeste par une crise d'angoisse pouvant aller jusqu'à la terreur. Il constitue souvent un véritable traumatisme psychique. Ces crises d'angoisse proche d'un cauchemar effrayant que l'on ne parvient pas à arrêter sont souvent en partie liées au contexte intérieur et extérieur de l'utilisateur.

⁹¹ <http://www.drogues-info-service.fr/?Champignons-hallucinogenes>, consulté le 24.10.2014

⁹² MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 140

⁹³ *Ibid*, p. 145 et 146

Les états psychotiques⁹⁴

Ils surviennent au cours d'une consommation de ce type de drogue. C'est le cas de l'utilisateur qui reste « scotché ou perché », incapable de métaboliser son expérience, avec un risque d'installation dans un délire chronique ou un épisode paranoïde aigu de type schizophrénique. Dans ce cas, nous avons affaire à des sujets qui paraissent « prédisposés », c'est-à-dire qui présentaient déjà des traits de personnalité schizoïdes.

On peut aussi observer des passages à l'acte, à type d'automutilation ou hétéro-agressifs.

Les flash-back⁹⁵

Ils sont des réminiscences, à distance de la prise du produit (parfois plusieurs mois, voire plusieurs années après), qui peuvent être interprétées de différentes manières. Ils peuvent être très passagers ou, plus exceptionnellement, inaugurer une psychose chronique.

D'une façon générale, d'autres effets retardés peuvent être problématiques, surtout en cas d'usages répétés : les troubles cognitifs et mnésiques et des troubles de l'humeur.

LSD :

Le LSD est l'un des produits chimiques qui altèrent le plus l'humeur. Il est fait à base d'acide lysergique, qui provient de l'ergot de seigle, un champignon parasite se développant sur le seigle et d'autres graines.

Il est produit sous forme de cristaux dans des laboratoires clandestins, principalement aux États-Unis. Ces cristaux sont transformés en liquide avant d'être écoulés. Ce liquide est inodore, incolore et a un goût légèrement amer.

Connu entre autres sous le nom d'« acide », le LSD est vendu dans la rue sous forme de petits comprimés, de capsules ou de petites feuilles de gélatine. Il est parfois versé sur du papier buvard qui est ensuite découpé en petits carrés couverts de dessins ou de personnages. Il est parfois vendu sous forme liquide. Mais quelle que soit sa forme, le LSD produit toujours le même résultat : le consommateur perd le contact avec la réalité.

Les consommateurs de LSD vivent ce qu'ils appellent un « trip », qui dure en général environ douze heures.⁹⁶

Les effets et risques de cette substance sont les mêmes que pour les champignons hallucinogènes. Ils font tous deux parties de la catégorie des hallucinogènes.

⁹⁴ *Ibidem*

⁹⁵ MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., *L'Aide-mémoire d'Addictologie*, Dunod, Paris, 2010, p. 146

⁹⁶ <http://fr.drugfreeworld.org/drugfacts/lsd.html>, consulté le 24.10.2014

Le tableau récapitulatif sur la dangerosité des drogues⁹⁷

Celui-ci a été établi en 1998 par le professeur Bernard Roques, il présente une approche globale considérant à la fois les propriétés pharmacologiques des produits psychotropes et les problèmes et risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de ces produits⁹⁸.

Il permet une vision plus succincte du descriptif élaboré ci-dessus :

	Morphine, héroïne, autres agonistes opiacés	Cocaïne, crack	Ecstasy	Amphétamines	Alcool	Benzodiazépines	Cannabis	Tabac
Activation des circuits dopaminergiques de « récompense »	+++	++++	+++	++++	+	+/-	+	+
Etablissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	=	+/-	?	+/-	?
Activation des récepteurs aux opiacés	++++	++	?	+	++	+	+/-	+/-
Dépendance physique	Très forte	Faible	Très faible	Faible	Très forte	Moyenne	Faible	Forte
Dépendance psychique	Très forte	Forte, mais intermittente	?	Moyenne	Très forte	Forte	Faible	Très forte
Neurotoxicité	Faible	Forte	Très forte ?	Forte	Forte	0	0	0
Toxicité générale	Forte, sauf contrôle thérapeutique	Forte	Eventuellement très forte	Forte	Forte	Très faible	Très faible	Très forte
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible ?	Faible, en général	Forte	Faible (sauf altération de la vigilance et création d'un état d'hypersuggestibilité)	Faible (sauf altération de la vigilance)	0
Possibilité de traitement de substitution	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non recherché	Non recherché	Oui

⁹⁷ VARESCON I. *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*. Belin, 2005, Paris, p. 223

⁹⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Classification_des_psychotropes, consulté le 03.11.2014

10.2. Annexe 2 - Formulaire de consentement éclairé

Récit de vie

Qu'est-ce qui amène un sujet à développer une conduite addictive et surtout qu'est-ce qui l'empêche de l'arrêter si tel est son souhait ?

Enquête menée par Déborah Chappaz

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant à l'étude

Le(la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il(elle) a pu poser toutes les questions qu'il(elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il(elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informé(e) du fait qu'il(elle) peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, à savoir au plus tard fin 2003.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur

Le(la) soussigné(e) accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date:Signature :

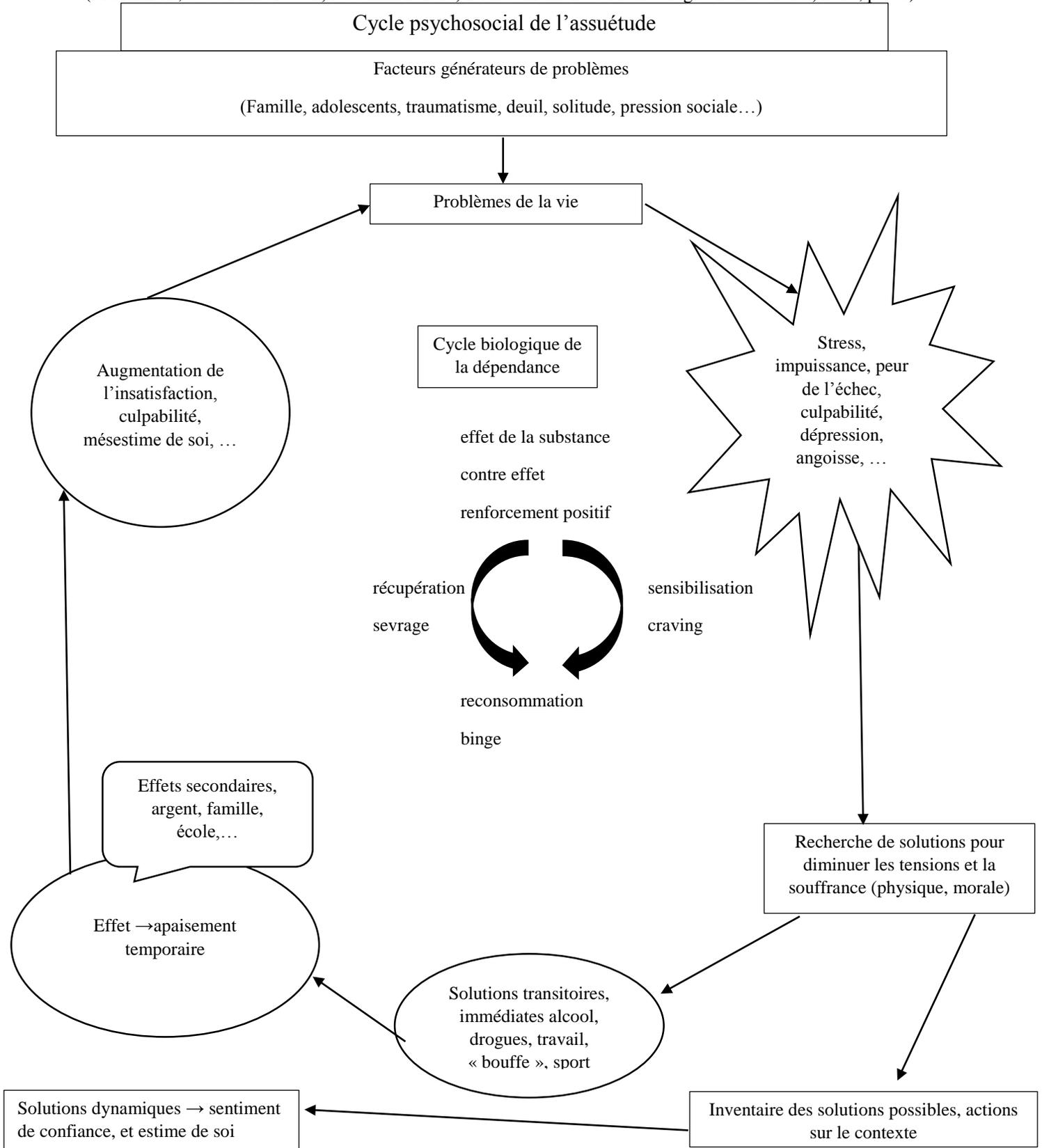
Contact :

Déborah Chappaz, Rue d'Octodure 48, 1920 Martigny

☎ 079/217 69 72

10.3. Annexe 3 : Graphique du cycle psychosocial de l'assuétude

(MOREL A., COUTERON J.-P., FOUILLAND P., L'Aide-mémoire d'Addictologie. Dunod. Paris, 2010, p.196)



11. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Page de garde : photo de *Manon Perréard, Nicaragua 2015*