



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Estime de soi, auto-stigmatisation et sentiment de honte chez la personne alcoolique abstinente

Disruptive behavioral disorders in older adults with dementia and the risk of burnout among caregivers

Sara Jalal-Hellequin^a, Carole Lefèvre^{b,*}, Gérard Ostermann^c

^a IED, université de Paris 8, 2, rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France

^b Laboratoire ER IPC 201624341T, 70, avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France

^c SFA, 87, impasse de la Font, 24260 Le Bugue, France

INFO ARTICLE

Mots clés:

Alcoolodépendant
Expression de l'émotion
Réduction des risques
Représentation de soi

Keywords:

Self-representation
Alcohol dependence
Emotional expression
Risk reduction

RÉSUMÉ

L'alcoolisme est largement associé à une faible estime de soi ainsi qu'à des niveaux élevés d'auto-stigmatisation et de honte. Si l'abstinence peut être considérée comme la pierre angulaire du traitement de l'alcoolisme, très peu de recherches se sont intéressées aux effets de sa durée sur ces dimensions, dans le but d'améliorer la prise en charge. Quarante-huit personnes abstinentes, âgées de 23 à 77 ans, recrutées au sein du mouvement des Alcooliques Anonymes (AA), ont répondu à un questionnaire évaluant leur durée d'abstinence, leur estime de soi (Échelle de Rosenberg), leurs niveaux d'auto-stigmatisation (Échelle d'auto-stigmatisation) et de honte (Échelle d'expérience de la honte). Les résultats montrent une corrélation positive entre la durée d'abstinence et l'estime de soi, une corrélation négative entre la durée d'abstinence et l'auto-stigmatisation, et entre la durée d'abstinence et la honte. Un effet médiateur partiel de l'auto-stigmatisation dans la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi a été observé, cependant aucun effet modérateur de la honte dans cette même relation n'a été trouvé. Les résultats suggèrent que l'abstinence peut être appréhendée dans une dynamique évolutive, et soulignent la nécessité de développer des interventions thérapeutiques ciblant l'amélioration de ces dimensions.

ABSTRACT

Alcoholism is widely associated with low self-esteem as well as high levels of self-stigma and shame. While abstinence may be considered the cornerstone of alcoholism treatment, very little research has examined the effects of its duration on these dimensions with the aim of improving care. Forty-eight abstinent individuals, aged 23 to 77, recruited from Alcoholics Anonymous (AA), completed a questionnaire assessing their duration of abstinence, their self-esteem (Rosenberg Self-Esteem Scale), their levels of self-stigmatization (Self-Stigmatization Scale) and shame (Experience of shame scale). The results show a positive correlation between duration of abstinence and self-esteem, a negative correlation between duration of abstinence and self-stigmatization, and between duration of abstinence and shame. A partial mediating effect of self-stigmatization in the relationship between duration of abstinence and self-esteem was observed; however, no moderating effect of shame in this same relationship was found. The results suggest that abstinence can be understood within an evolving dynamic and highlight the need to develop therapeutic interventions aimed at improving these dimensions.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Carole.lefevre@iedparis8.net (C. Lefèvre).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2026.05.007>

Reçu le 3 janvier 2026; Accepté le 3 mai 2026

Disponible en ligne xxx

0003-4487/© 2026 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

1. Introduction

Alcoolisme, alcoolo-dépendance, trouble d'usage d'alcool (TUA), sont autant de termes qui désignent aujourd'hui un même phénomène : un rapport pathologique à l'alcool, dont Fouquet proposait une définition succincte, encore largement utilisée aujourd'hui dans le champ de l'alcoologie, comme étant « la perte de la liberté de s'abstenir de boire » [1]. Aucun critère quantitatif n'est associé à une consommation d'alcool qualifiée de pathologique, le DSM-5 définissant d'ailleurs le TUA comme un mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative [2].

S'il s'agit de troubles complexes à l'étiologie souvent multifactorielle, de nombreuses recherches ont démontré l'existence d'un lien entre la mise en place et la dépendance aux substances psychoactives et une faible estime de soi. Les premiers travaux en alcoologie considéraient déjà qu'une faible estime de soi représentait une base commune chez la plupart des personnes alcooliques [3]. Ces personnes, ayant tendance à se dévaloriser et à se juger comme étant incapables, voire indignes, auraient recours à l'alcool comme stratégie de coping dysfonctionnelle face aux émotions négatives de tristesse et d'anxiété.

Les auteurs en faveur de cette hypothèse étiologique s'appuient aujourd'hui largement sur la théorie de l'attachement pour expliquer le lien entre faible estime de soi et alcoolisme, et plus précisément sur le modèle de soi négatif engendré par un style d'attachement insécuré [4]. Un attachement sécure constitue en effet une ressource interne dont les représentations permettent à l'individu de faire face et de s'ajuster au mieux à l'adversité ou aux événements stressants. À l'inverse, une personne insécuré ou ayant vécu des expériences adverses durant l'enfance, et ne possédant pas ces ressources, sera davantage susceptible d'avoir recours à la consommation de substances psychoactives pour gérer ses états internes [5]. La consommation aura pour fonction de réduire, voire désactiver les affects négatifs comme la détresse émotionnelle, rejoignant la définition que proposait Flores de l'addiction en tant que « tentative d'auto-régulation ou d'auto-apaisement chez la personne dont la qualité de l'attachement ne suffit pas à apporter sécurité et bien-être » [6]. Soixante-six à 94,6 % des personnes alcoolo-dépendantes auraient un attachement insécuré, ce qu'Ostermann qualifie de « pathologie du lien » [7,8]. Plus précisément, c'est le modèle de soi négatif qui exercerait des influences distinctes sur le comportement en matière de consommation d'alcool ; le sentiment d'être à la fois de moindre valeur et indigne vis-à-vis des autres serait lié à la motivation de boire de l'alcool pour faire face aux affects négatifs [4]. Par ailleurs, l'estime de soi jouant un rôle important dans l'autorégulation émotionnelle, c'est à partir de cette carence que naîtrait le besoin d'avoir recours à l'alcool pour gérer ses états internes, la personne se considérant en effet comme incapable de le faire d'elle-même [6].

De nombreuses études empiriques illustrent ces apports théoriques. Bartsch et al. [9] ont démontré que les jeunes étudiants ayant une faible estime de soi étaient plus susceptibles de consommer de l'alcool de manière excessive que ceux qui avaient une estime de soi élevée, corroborant ainsi l'étude de Hamilton [10] qui démontrait que le recours à l'alcool de ces jeunes est un moyen de faire face à leurs besoins d'appartenance non satisfaits. Chez l'adulte, DeHart et al. [11] ont observé que les personnes ayant une faible estime de soi consomment davantage d'alcool les jours où elles ont des interactions relationnelles négatives avec leur partenaire, le recours à l'alcool étant envisagé comme un moyen de réguler la détresse émotionnelle. Enfin, les personnes alcooliques auraient une image de soi négative, se considéreraient comme « insatisfaisants et indignes de respect », et souffriraient par ailleurs d'auto-stigmatisation [3].

Il est en effet établi, auprès de la population alcoolo-dépendante, que la stigmatisation liée aux stéréotypes sur l'alcoolisme a un impact

direct sur l'augmentation des émotions négatives, la diminution des émotions positives et de l'estime de soi [12]. Dans leur méta-analyse, Schomerus et al. [13], démontrent que ces personnes souffrent largement de rejet social. Elles sont considérées comme dangereuses et non prioritaires en termes d'accès aux soins car tenues pour responsables de leur état.

Le phénomène d'auto-stigmatisation, en tant que processus cognitif au cours duquel le sujet stigmatisé finit par intérioriser les stéréotypes et opinions négatives à son égard, semble être directement lié à un effondrement de l'estime de soi. Corrigan et al. [14] proposent en effet un modèle progressif séquentiel en quatre stades pour expliquer le processus d'auto-stigmatisation, ayant des répercussions négatives sur l'estime de soi :

- l'individu prend conscience des stéréotypes, préjugés et opinions négatives associés à son groupe d'appartenance (ici, les personnes alcooliques) ;
- l'individu accepte ou est d'accord avec la validité de ces stéréotypes sociaux ;
- l'individu applique ces stéréotypes négatifs à lui-même, reconnaissant qu'ils décrivent sa propre personne ;
- l'application des stéréotypes négatifs à soi-même entraîne une diminution de l'estime de soi.

Par ailleurs, le phénomène du « Pourquoi essayer » (*why try effect*) résulte directement de l'autostigmatisation. Il se traduit par un sentiment de renoncement lorsque les individus se perçoivent comme incapables ou indignes en raison de l'intériorisation de stéréotypes négatifs, fragilisant ainsi l'estime de soi et la confiance en leurs capacités [15]. Dans ce contexte, diminuer l'autostigmatisation pourrait non seulement atténuer le *why try effect*, mais également renforcer l'estime de soi et favoriser ainsi l'engagement dans le processus de rétablissement.

Si différentes dimensions entrent en jeu dans le processus d'auto-stigmatisation, celle-ci semble directement liée au sentiment de honte [16]. La honte, définie par l'APA comme une « émotion de conscience de soi très désagréable qui naît du sentiment qu'il y a quelque chose de déshonorant, d'impudique ou d'indécent dans sa propre conduite ou dans les circonstances », repose donc sur une auto-évaluation conduisant à une dévalorisation globale du soi [17]. Cette dévalorisation pouvant par ailleurs être renforcée par les jugements et critiques sévères envers soi-même découlant des stéréotypes et opinions négatives intériorisés [16]. Dans une étude auprès de patients hospitalisés dans un centre de soins en addictologie, les émotions réflexives étaient largement impliquées dans le processus d'auto-stigmatisation ; la culpabilité n'était pas liée à l'auto-stigmatisation mais la honte en prédit chaque étape [18]. La honte représente en effet un facteur émotionnel participant pour une large part dans la problématique alcoolique, Fossom et Mason [19] évoquaient déjà des liens indissociables entre la honte et la dépendance, et soutenaient l'idée que la réduction du sentiment de honte représentait une étape cruciale pour le processus de rétablissement. À travers un protocole original établi auprès d'étudiants et de détenus, il a été démontré que la honte est positivement corrélée à l'usage problématique d'alcool mais pas avec celui de drogues [20]. L'alcool peut être utilisé en tant que stratégie de coping dysfonctionnelle pour faire face à la honte, mais en retour cette consommation peut elle-même engendrer un nouveau sentiment de honte [21], maintenant l'individu dans le fameux « cycle de la honte », qui peut en outre se voir renforcé par le phénomène d'auto-stigmatisation.

Ainsi, il est établi que le cycle de dépendance à l'alcool s'inscrit dans un modèle où l'estime de soi, la honte et l'auto-stigmatisation entretiennent des liens mutuels, et dont les associations contribuent au maintien de la consommation problématique d'alcool [16,21]. Il est cependant intéressant de noter que ces études ont été réalisées auprès de personnes alcooliques non abstinences ou en cours de

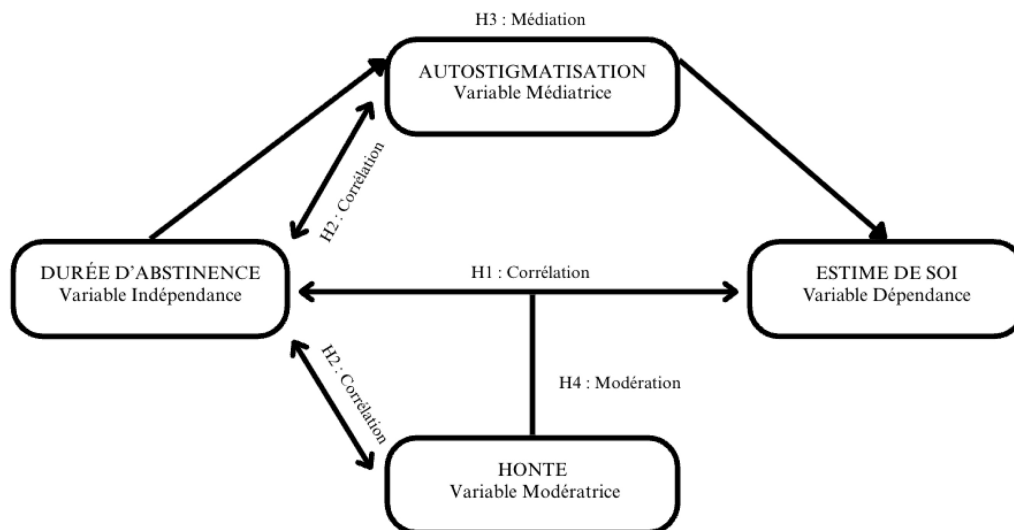


Schéma 1. Modélisation des hypothèses.

traitement. Aucune étude n'aurait étudié ces liens chez la personne abstinent. Comprendre les facteurs en jeu dans le maintien de l'abstinence semble pourtant crucial pour soutenir les personnes dans leur parcours de rétablissement.

En tant qu'arrêt volontaire de la consommation du produit, l'abstinence est en effet largement associée à une diminution des risques de développer certaines pathologies, à une amélioration de la santé physique et représenterait par ailleurs la « pierre angulaire » de la prise en charge de l'hépatite alcoolique [22]. Il est cependant important de noter que le rétablissement semble aller au-delà du seul fait de cesser de boire et sous-tend des remaniements psychiques dont il convient de comprendre les fondements afin de soutenir les personnes dans leur parcours d'abstinence [23]. En effet, bien qu'il n'existe encore aucun consensus quant à une définition clinique du terme « rétablissement » dans le champ de l'alcoologie, celui-ci s'intègre aujourd'hui dans un modèle biopsychosocial qui inclut aussi bien le maintien de l'abstinence que le développement de la santé mentale et relationnelle de l'individu [23].

Bien que l'abstinence représente un enjeu crucial auprès des personnes alcooliques en rétablissement, très peu d'études ont étudié les effets à long terme de sa durée dans la sphère psychologique. Certaines études ont cherché à mesurer les liens entre la durée d'abstinence et différentes dimensions liées au bien-être psychologique et à la qualité de vie, auprès d'alcooliques en période d'abstinence d'un mois jusqu'à 28 ans [24]. Leurs résultats montrent une amélioration physique dès la première année d'abstinence ; une amélioration de la santé psychologique entre un à quatre ans, marquée par un passage des stratégies d'adaptation d'évitement et de distraction à des stratégies de pensée positives à partir de la seconde année; une amélioration des relations sociales, une diminution de l'impulsivité et de l'anxiété entre quatre à dix ans d'abstinence; enfin, une autonomie et acceptation de soi après dix ans. Les résultats de deux autres études réalisées auprès d'une même population démontrent une corrélation positive entre la durée d'abstinence et la qualité de vie, l'autonomisation et l'estime de soi [25,26], les auteurs concluant que la durée d'abstinence semblait générer une amélioration graduelle du fonctionnement psychique.

Si ces études apportent des éclairages quant à la potentielle amélioration de l'estime de soi des alcooliques abstinentes, elles ne permettent cependant pas d'en expliquer les facteurs en jeu. Cette recherche, après avoir analysé les liens entre la durée d'abstinence et l'estime de soi (hypothèse 1), la durée d'abstinence et l'auto-stigmatisation et la honte (hypothèse 2), postule que l'auto-

stigmatisation médiate la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi (hypothèse 3) et que la honte modère la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi (hypothèse 4, Schéma 1 de modélisation).

2. Méthode

2.1. Procédure et participants

Les participants ont été recrutés parmi les usagers des Alcooliques Anonymes, de janvier à mars 2025. Ils devaient être abstinentes, ne pas avoir d'autres addictions ni d'autres comorbidités psychiatriques connues. L'échantillon est composé de 48 personnes (Tableau 1) âgées de 23 à 77 ans ($m = 56,2$ ans, $sd = 14,7$) dont 41,6 % ont une situation professionnelle stable, 37,5 % sont retraités et 18,7 % se trouvent dans une situation précaire ou au chômage. Au total, 47,9 % d'entre eux ont un partenaire et 79,1 % ont des enfants. La durée moyenne d'abstinence est de quatorze virgule sept ans ($sd = 12,5$). Le d de Cohen à 0,50 indique une taille de l'effet modérée.

2.2. Outils

Un court questionnaire sociodémographique a été mené afin de mieux appréhender les caractéristiques des participants. Une question ciblée a permis d'auto-évaluer la durée d'abstinence, en années. L'estime de soi a été mesurée à l'aide de la version française de la Rosenberg Self-Esteem Scale [27]. Dix items cotés sur une échelle de

Tableau 1
Caractéristiques démographiques des participants ($n = 48$).

	Moyenne ou effectif	Écart-type ou %
Âge $n = 48$	56,2	14,7
Selon le genre		
Femmes $n = 26$	53	13,6
Hommes $n = 22$	57,7	14,9
Durée d'abstinence	14,7	12,5
Situation professionnelle		
Stable	20	41,6 %
Précaire/au chômage	9	18,7 %
Étudiant(e)	1	2 %
Retraité(e)	18	37,5 %
Avec un(e) partenaire	23	47,9 %
Avec enfant(s)	38	79,1 %

Likert allant de 1 pour « Tout à fait en désaccord » à 4 pour « Tout à fait en accord » permettent de situer l'estime de soi sur un continuum allant de très faible (en dessous de 25) à très forte (au-delà de 39) avec un $\alpha = 0,70$. La version française de l'échelle d'auto-stigmatisation, version courte [28] avec un $\alpha = 0,57$ permet de mesurer le degré d'auto-stigmatisation de personnes issues de divers groupes minoritaires. Neuf items sont cotés sur une échelle de Likert à 5 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord », le score total étant de 45. Enfin, le sentiment de honte a été mesuré à l'aide de la version française de l'échelle d'expérience de la honte [29], un auto-questionnaire comprenant 25 items avec $\alpha = 0,95$, cotés sur une échelle de Likert à 4 points allant de 1 « pas du tout » à 4 « beaucoup », avec un score total de 100.

2.3. Considérations d'ordre éthique

La recherche a été menée en vertu de l'article 48 du « Code de déontologie des Psychologues » (2021) pour le traitement confidentiel et anonyme des données des participants à la recherche. Un consentement éclairé écrit a été obtenu avant leur participation.

3. Résultats

3.1. Analyse préliminaire

Concernant les échelles d'estime de soi et d'auto-stigmatisation, la moyenne des scores correspond à un niveau moyen tandis que la moyenne des scores à l'échelle de honte correspond à un niveau élevé (Tableau 2). La durée d'abstinence indique une hétérogénéité du groupe. Quand le sexe est pris en compte (Tableau 3), les hommes ont significativement une meilleure estime d'eux-mêmes ($t(46) = -2,40$, $p = 0,02$), un sentiment de honte plus faible ($t(46) = 2,28$, $p = 0,02$) et une durée d'abstinence plus longue que les femmes ($t(46) = -2,09$, $p = 0,04$). L'autostigmatisation selon le sexe n'est pas significative.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin d'identifier d'éventuelles variables confondantes. Aucune variable confondante significative n'a été mise en évidence ($p > 0,05$) pour l'ensemble des variables testées, âge, statut marital, situations familiale et professionnelle, indiquant que l'association entre la durée d'abstinence et estime de soi n'était pas modifiée après ajustement. Seul le sexe sera pris en compte dans les analyses ultérieures.

3.2. Corrélations (Hypothèses 1 et 2)

Pour l'ensemble de l'échantillon, une analyse de corrélation de Pearson fait apparaître une forte corrélation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi ($r = 0,51$, $p < 0,001$). La corrélation se révèle non significative chez les femmes ($r = 0,29$, $p = 0,15$), et significative chez les hommes ($r = 0,65$, $p = 0,001$). De même, une

Tableau 2

Moyenne et écart-type des variables estime de soi autostigmatisation et sentiment de honte.

	Durée d'abstinence	Estime de soi	Auto-stigmatisation	Sentiment de honte
Moyenne (ET)	14,7 (12,5)	31,7 (6,4)	17,3 (7,5)	50,3 (21,4)

Tableau 3

Moyenne et écart-type des variables estime de soi autostigmatisation et sentiment de honte selon le sexe.

		Durée d'abstinence	p	Estime de soi	p	Auto-stigmatisation	p	Sentiment de honte	p
Moyenne (ET)	Femmes $n = 26$	11,3 (9,94)	0,04	29,8 (6,57)	0,020	18,2 (7,73)	0,353	(21,9)	0,027
	Hommes $n = 22$	18,7 (14,2)		34,0 (5,59)		16,1 (7,35)		(18,7)	

Les gras correspondent aux seuils de P significatifs.

Tableau 4

Analyse de médiation de l'auto-stigmatisation sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi.

Effect	Estimate	SE	95 % confidence interval		Z	p
			Lower	Upper		
Indirect	0,119	0,0431	0,0469	0,214	2,77	0,006
Direct	0,144	0,0507	0,0436	0,239	2,84	0,005
Total	0,263	0,0511	0,1648	0,364	5,15	< 0,001

corrélation négative entre la durée d'abstinence et l'auto-stigmatisation ($r = -0,50$, $p < 0,001$) est révélée également chez les femmes ($r = -0,40$, $p = 0,04$) et chez les hommes ($r = -0,59$, $p = 0,004$). Enfin, l'analyse montre une corrélation négative forte entre la durée d'abstinence et la honte ($r = -0,71$, $p < 0,001$), chez les femmes ($r = -0,65$, $p < 0,001$) et chez les hommes ($r = -0,75$, $p < 0,001$).

L'hypothèse 1 et 2 sont donc confirmées pour l'ensemble de l'échantillon, également pour les hommes et partiellement pour les femmes.

3.3. Analyse de Médiation (Hypothèse 3)

Afin de répondre à l'hypothèse 3, une analyse de médiation par méthode de bootstrap ($n = 1000$ échantillons) compatible avec des échantillons de petite taille a été réalisée pour tester l'effet de l'auto-stigmatisation sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi (Tableau 4).

L'effet indirect de la durée d'abstinence sur l'estime de soi à travers l'auto-stigmatisation est significatif de 0,119, $p = 0,006$ [95 %IC 0,047, 0,214]. Ainsi, la diminution de l'auto-stigmatisation explique le lien trouvé entre la durée d'abstinence et l'estime de soi. En revanche, l'effet direct est également significatif et positif ($p < 0,005$), ce qui suggère qu'une plus longue durée d'abstinence est liée de manière directe à une estime de soi plus élevée, indépendamment du niveau d'auto-stigmatisation. La médiation est donc partielle. L'effet total de la durée d'abstinence sur l'estime de soi est également significatif ($p < 0,001$), ce qui confirme l'existence d'un lien entre ces deux variables.

La variable sexe ne peut être ajoutée dans le modèle de médiation mais son interaction avec l'autostigmatisation a été testée à travers une analyse de modération et ne montre pas d'effet significatif sur l'estime de soi (Tableau 5).

L'hypothèse 3 est partiellement validée.

3.4. Analyse de Modération (Hypothèse 4)

Enfin, une analyse de modération par méthode de bootstrap ($n = 1000$ échantillons) de la honte sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi a été réalisée (Tableau 6).

Tableau 5

Analyse de modération du sexe sur la relation entre l'autostigmatisation et l'estime de soi.

	Mediation Estimates		95 % confidence interval		Z	p
	Estimate	SE	Lower	Upper		
Auto-stigmatisation	-0,487	0,0928	-0,670	-0,303	-5,252	< 0,001
Sexe	-3,248	1,4389	-5,789	-0,191	-2,257	0,024
Auto-stigmatisation ** Sexe	0,155	0,1833	-0,148	0,586	0,846	0,398

* Interaction entre les variables cela peut être remplacé par "X"

Tableau 6

Analyse de modération de la honte sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi.

	Moderation Estimates		95 % confidence interval		Z	p
	Estimate	SE	Lower	Upper		
Durée d'abstinence	-0,00348	0,08180	-0,15239	0,16217	-0,0425	0,966
Sentiment de honte	-0,22110	0,04784	-0,30689	-0,11846	-4,6217	< 0,001
Durée d'abstinence ** Sentiment de honte	1,19e-4	0,00409	-0,00754	0,00850	0,0291	0,977

* *Interaction entre les variables cela peut être remplacé par "X"

Les résultats ne mettent pas en évidence d'effet modérateur de la honte sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi ($p = 0,97$). De plus, la durée d'abstinence n'a pas d'effet sur l'estime de soi ($p > 0,94$), alors que le sentiment de honte a un effet négatif significatif ($p < 0,001$) sur celle-ci. Ainsi, la honte agit directement sur l'estime de soi, mais ne modère pas le lien entre la durée d'abstinence et l'estime de soi. Un deuxième modèle a été testé où le sexe est la variable modératrice du lien entre le sentiment de honte et l'estime de soi. L'interaction entre le sexe et le sentiment de honte est non significative.

L'hypothèse 4 n'est donc pas validée.

4. Discussion

L'objectif de cette recherche était de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'abstinence chez la personne alcoolique, dans le but d'améliorer la prise en charge.

Conformément à la littérature, la durée d'abstinence est corrélée positivement à l'estime de soi (H1). L'étude de Hibbert et Best [25] avait montré une corrélation plus faible, expliquée par les caractéristiques propres de leur échantillon incluant des personnes présentant d'autres addictions, aux drogues illicites et opiacées. En effet, des niveaux d'estime de soi plus faibles sont observés chez les personnes présentant des polyaddictions [30]. L'absence de corrélation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi chez les femmes confirme un effet de sexe déjà mis en évidence chez les femmes alcooliques, lesquelles présentaient une image d'elles-mêmes plus négative que les hommes alcooliques, ainsi que des scores d'image de soi plus faibles [3].

Les résultats ont également montré que la durée d'abstinence était corrélée négativement à l'auto-stigmatisation (H2). Selon la théorie de l'identité sociale [31], largement appliquée aujourd'hui au champ de l'addictologie, l'individu s'identifie aux groupes auxquels il appartient, et en intègre les valeurs et représentations qui y sont propres. Ainsi, le fait d'arrêter de boire, en menant du groupe « buveur » à celui d'« abstinent », pourrait engager l'individu dans un processus de transition identitaire et d'appropriation progressive de nouvelles représentations conduisant graduellement à la mise à distance des anciennes [32]. A mesure que la durée d'abstinence au produit augmente, la personne se détache de l'image stigmatisée qu'elle avait d'elle-même, aidée notamment par le changement progressif de ses réseaux sociaux et activités connexes [33]. Soutenir la construction

d'une identité sociale d'« abstinent » ou « non buveur », en travaillant notamment sur la prise de conscience et la modification des pensées auto-évaluatives [16], constituerait un levier des plus intéressants dans la prise en charge afin de réduire l'auto-stigmatisation, et maintenir l'abstinence. Les thérapies ACT (Acceptance and Commitment Therapy) permettent d'ailleurs la réduction de la stigmatisation perçue chez des personnes souffrant d'addictions [34]. Réduire l'autostigmatisation pourrait par ailleurs limiter le *why try effect* et favoriser à la fois l'estime de soi et l'engagement dans le processus de rétablissement [15].

Il a également été démontré que la durée d'abstinence était négativement corrélée au sentiment de honte (H2). D'un point de vue comportemental, il est possible de supposer que l'arrêt du geste (achat, consommation, récupération) permette à la personne de s'extraire du cycle de la honte de l'addiction [21]. Sur le plan émotionnel, le sentiment de honte se verrait quant à lui diminué par l'émergence d'une nouvelle narration interne découlant des expériences positives de contrôle des impulsions et de régulation émotionnelle autrefois gérées par la substance. Cette « fierté nouvelle » découlant du sentiment d'auto-efficacité à demeurer abstinent étant par ailleurs liée à l'estime de soi [35]. Enfin, le fait de parvenir à se narrer dans un espace sécurisé, face à un thérapeute ou à des membres de groupes de parole, permettrait un passage progressif du blâme et de l'auto-dévalorisation à l'émergence d'un sentiment d'autocompassion et de pardon de soi permettant de diminuer le sentiment de honte [36]. Les participants de cette recherche étant issus du mouvement AA, il est possible que leur engagement au sein de ce groupe de parole ait permis la réduction de la honte par le biais des témoignages partagés entre les membres. Ainsi, dans la prise en charge des personnes abstinentes, il s'agira de permettre le déploiement d'un récit basé sur l'autocompassion afin de déconstruire progressivement l'image dégradée de la personne. Les thérapies centrées sur l'autocompassion ont démontré des bénéfices en termes de diminution de l'autocritique excessive et de la honte dans le champ des addictions [34]. Aucun effet de sexe n'est observé concernant la corrélation entre la durée d'abstinence, l'auto-stigmatisation et la honte. Les études sur d'éventuelles différences entre les sexes restent par ailleurs limitées.

L'effet médiateur de l'auto-stigmatisation sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi a été partiellement démontré (H3). Conformément au modèle progressif de l'auto-stigmatisation de Corrigan et al. [14], il était en effet pertinent de supposer que la durée d'abstinence, en réduisant l'auto-stigmatisation, conduise à une amélioration de l'estime de soi. Un biais d'échantillonnage n'est

cependant pas à exclure pour expliquer l'existence d'un effet direct de la durée d'abstinence sur l'estime de soi. Les participants, issus du mouvement AA, étant largement engagés dans un processus actif de rétablissement, ce contexte est susceptible de favoriser l'estime de soi à travers plusieurs mécanismes autres que l'auto-stigmatisation, comme le soutien social, le programme en 12 étapes encourageant la valorisation de soi, ou encore les processus d'identification propres aux groupes de parole [37].

Enfin, aucun effet modérateur de la honte sur la relation entre la durée d'abstinence et l'estime de soi n'a pu être démontré (H4). Pourtant, des expériences répétées de honte ou d'humiliation chronique vécues dans l'enfance finissent par s'enraciner dans l'identité profonde de l'individu. Cette honte, dite de trait, se manifeste notamment par une tendance générale à se percevoir comme fondamentalement moindre et inadapté [38]. Elle résiste davantage à la simple durée d'abstinence, et ne se transforme pas automatiquement face à l'amélioration de l'estime de soi. Ainsi, il est possible que l'effet modérateur de la honte ne se manifeste pas à travers la honte de trait, mais apparaisse plutôt lorsque l'on s'intéresse à une forme de honte située. Cette honte, dite situationnelle, comme celle ressentie suite à la consommation de substances [39], serait plus sensible aux événements récents et aux fluctuations comportementales en lien avec la consommation, et constituerait un modérateur plus plausible de la relation entre abstinence et estime de soi. Sur le plan clinique, déterminer le type de honte éprouvée par la personne permettrait d'affiner la prise en charge en ayant recours à des interventions plus ciblées, comme la déconstruction des jugements intériorisés, en cas de honte situationnelle. En plus de réduire la honte, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) permettrait par ailleurs de réduire la stigmatisation chez les personnes en phase d'abstinence, prévenant ainsi le risque de rechute [34].

Cette recherche originale porte sur un échantillon relativement restreint et le fait que l'ensemble des participants soient issus du mouvement AA confère aux résultats une certaine particularité. Appartenir à un groupe de parole et s'engager dans un programme de rétablissement peut en effet influencer les dimensions étudiées, à travers notamment le soutien social, le parrainage, ou le processus d'identification. Le recrutement de personnes abstinentes ne fréquentant aucun groupe de parole permettrait, dans des recherches futures, de mieux rendre compte de l'effet l'abstinence seule sur les dimensions étudiées.

Ainsi, cette recherche éclaire dans quelle mesure l'abstinence devrait être appréhendée dans une dynamique évolutive où ces différentes dimensions psychologiques que sont l'estime de soi, l'auto-stigmatisation et la honte sont sans cesse en évolution à mesure que la personne consolide son abstinence. Ces dimensions devraient pouvoir constituer des cibles de compréhension et d'intervention dans le processus de rétablissement. L'objectif consiste à en examiner l'articulation afin d'enrichir et améliorer la prise en charge. A ce jour, il existe des preuves prometteuses concernant l'efficacité des interventions basées sur l'auto-compassion et le pardon de soi dans le champ de l'addictologie [34,36]. D'autres études auprès du public alcoolique abstinent demeurent nécessaires pour identifier quelles approches pourraient être les plus efficaces pour soutenir l'abstinence et comprendre les composantes en jeu dans la transition identitaire amorcée par celle-ci [32].

Financement

Aucune source de financement.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Fouquet P. Le traitement de l'alcoolisme. Paris: Presses Universitaires de France; 1970 .
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013 .
- [3] Aubry C, Gay M-C, Romo L, Joffre S. L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle tennessee du concept de soi : étude comparative entre hommes et femmes. *Encephale*. 2004;30(1):24–31.
- [4] McNally AM, Palfai TP, Levine RV, Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. *Addict Behav*. 2003;28(6):1115–27.
- [5] Broekhof R, Nordahl HM, Tanum L, Selvik SG. Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: a general population study (Young-HUNT). *Addict Behav Rep*. 2023;17:100488, <http://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100488>
- [6] Flores PJ. Addiction as an attachment disorder. Northvale (NJ): Jason Aronson; 2004 .
- [7] Subocz D. Attachment relationship and oxytocin among people addicted to alcohol—a literature review. *Arch Psychiatry Psychother*. 2023;25(4):17–25, <http://doi.org/10.12740/APP/168686>
- [8] Ostermann G. La théorie de l'attachement et ses conséquences dans les représentations des cliniciens. Les représentations de l'alcoolique. Toulouse: Érès; 2015, <http://doi.org/10.3917/eres.oster.2015.01.0051>. p. 51–66.
- [9] Bartsch LA, King KA, Vidourek RA, Merianos AL. J Child Adolesc Subst Abuse. 2017;26(5):414–24, <http://doi.org/10.1080/1067828X.2017.1322018>
- [10] Hamilton HR, DeHart T. Drinking to belong: the effect of a friendship threat and self-esteem on college student drinking. *Self Identity*. 2017;16(1):1–15, <http://doi.org/10.1080/15298868.2016.1210539>
- [11] DeHart T, Tennen H, Armeli S, Todd M, Afleck G. Drinking to regulate negative romantic relationship interactions: the moderating role of self-esteem. *J Exp Soc Psychol*. 2008;44(3):527–38, <http://doi.org/10.1016/j.jesp.2007.10.001>
- [12] Fontesse S, Stinglhamber F, Demoulin S, de Timary P, Maurage P. Self-dehumanisation in severe alcohol use disorder: links with self-stigma and environmental satisfaction. *Int J Psychol*. 2021;56(6):878–84, <http://doi.org/10.1002/ijop.12774>
- [13] Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(2):105–12, <http://doi.org/10.1093/alcalk/agg089>
- [14] Corrigan PW, Rafacz J, Rüsich N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*. 2011;189(3):339–43, <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- [15] Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rüsich N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *J Ment Health*. 2016;25(1):10–5, <http://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- [16] Luoma JB, Platt MG. Shame, self-criticism, self-stigmatization and compassion in acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychol*. 2015;2:97–101, <http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- [17] American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. 2nd ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2015 .
- [18] Milan L, Varescon I. Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives : revue systématique de la littérature. *Psychol Fr*. 2022;67(2):99–128, <http://doi.org/10.1016/j.psf.2021.02.006>
- [19] Fossom MA, Mason MJ. Shame: families in recovery. Rev ed.. New York (NY): W. W. Norton & Company; 1989 .
- [20] Dearing RL, Stuewig J, Tangney JP. On the importance of distinguishing shame from guilt: relations to problematic alcohol and drug use. *Addict Behav*. 2005;30(7):1392–404, <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>
- [21] Treeby M, Bruno R. Shame and guilt-proneness: divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personal Individ Differ*. 2012;53(5):613–7.
- [22] Naassila M. Quels bénéfices des défis « sans alcool » ? *Alcool Addict*. 2019;41(4):297–307.
- [23] Betty Ford Institute Consensus Panel. What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33(3):221–8, <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.06.001>
- [24] Rubio G, Esteban Rodríguez L, Sion A, Ramis Vidal L, Blanco MJ, Zamora-Bayon A, et al. How, when, and to what degree do people with alcohol dependence recover their psychological wellbeing and quality of life? The Madrid Recovery Project. *Front Psychiatry*. 2023;14:1130078, <http://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1130078>
- [25] Park KE, Jeong HR, Kim NM. A comparative study on the degree of alcoholism recovery, quality of life, empowerment and self-esteem based on different abstinence periods of alcohol use disorder. *J Korea Contents Assoc*. 2021;21(5):981–95.
- [26] Hibbert LJ, Best DW. Assessing recovery and functioning in former problem drinkers at different stages of their recovery journeys. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30(1):12–20, <http://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00190.x>
- [27] Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. *Rev Int Psychol Soc*. 1990;25(3):305–16, <http://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- [28] Golay P, Martinez D, Silva B, Morandi S, Bonsack C. Validation psychométrique d'une échelle française d'auto-stigmatisation auprès d'un échantillon de patients souffrant de troubles mentaux : la Self-Stigma Scale-Short (SSS-S). *Ann Med*

- Psychol (Paris). 2022;180(9):899–904, <http://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.002>
- [29] Théberge D, Gamache D, Andrews B, Savard C. Adaptation française de l'échelle d'expérience de la honte : validation auprès d'un échantillon franco-canadien. *Can J Behav Sci.* 2021;53(4):536–41, <http://doi.org/10.1037/cbs0000272>
- [30] Carbonneau R, Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. Alcohol, marijuana and other illicit drugs use throughout adolescence: co-occurring courses and preadolescent risk-factors. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(6):1194–206, <http://doi.org/10.1007/s10578-021-01202-w>
- [31] Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of inter-group conflict. Austin WG, Worchel S, editors. *The social psychology of inter-group relations.* Monterey (CA): Brooks/Cole; 1979 .p. 33–47.
- [32] Best D, Beckwith M, Haslam C, Haslam SA, Jetten J, Mawson E, et al. Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addict Res Theory.* 2016;24(2):111–23, <http://doi.org/10.3109/16066359.2015.1075980>
- [33] Dingle GA, Stark C, Cruwys T, Best D. Breaking good: breaking ties with social groups may be good for recovery from substance misuse. *Br J Soc Psychol.* 2015;54(2):236–54, <http://doi.org/10.1111/bjso.12081>
- [34] Murys-Chaix E, Iakimova G, Szekeley D. Intérêt de la psychothérapie d'acceptation et d'engagement et de la thérapie fondée sur la compassion pour soutenir le maintien de l'abstinence dans les polyaddictions. *Ann Med Psychol (Paris).* 2025;183(9):903–15, <http://doi.org/10.1016/j.amp.2023.10.005>
- [35] Vasseur C. Place de l'abstinence et de la réduction contrôlée dans le parcours des patients avec l'alcool : étude qualitative auprès de 11 patients présentant une addiction à l'alcool, en démarche de soins. [Thèse de doctorat inédite]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018 .
- [36] Scherer M, Worthington EL, Hook JN, Campana KL. Forgiveness and the bottle: promoting self-forgiveness in individuals who abuse alcohol. *J Addict Dis.* 2011;30(4):382–95, <http://doi.org/10.1080/10550887.2011.609804>
- [37] Herniaux C. Addiction, spiritualité et rétablissement : le développement spirituel comme processus de rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool ? [Thèse de doctorat inédite]. Paris: Université Paris-Cité; 2019 .
- [38] Budiarto Y, Helmi AF. Shame and self-esteem: a meta-analysis. *Eur J Psychol.* 2021;17(2):131–45, <http://doi.org/10.5964/ejop.2115>
- [39] Rahim M, Patton R. The association between shame and substance use in young people: a systematic review. *PeerJ.* 2015;3:e737, <http://doi.org/10.7717/peerj.737>