

Université Abderrahmane MIRA- BEJAIA
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de Fin de cycle

*En vue de l'obtention du diplôme de master
Option : psychologie clinique*

*Le sevrage et le sentiment d'efficacité personnelle
chez les toxicomanes en cours de
desintoxication*

Présenté par :

- *AITALI M'hand*
- *ZINET Houes*

Encadré par :

Dr. Benkerrou Fiadh

Anné universitaire 2016/ 2017

REMERCIEMENTS

Nous remercions d'abord DIEU, le tout puissant de nous avoir accordé santé et courage pour accomplir ce travail.

On tient à témoigner notre gratitude et notre reconnaissance a notre promoteur Mr. Benkerrou Fiadh, qui est a l'origine de la réussite de notre travail et pour toutes ses conseil judiciaire, et pour sa disponibilité permanente, c'est pour quoi on tient particulièrement a cette heureuse occasion pour lui présenter notre profond respect.

Nous remercions l'ensemble des membres du CISA ihdadden qui ont répondu a la réalisation de ce travail et plus particulièrement les deux psychologues : Mme Madi et Mme abou. Et Mme hani fouzia.

Un grand merci aux origines de notre travail et à tous les enseignants du département des sciences humaines et sociales pour le temps précieux qu'ils ont consacré et leurs écoutes.

Merci

Dédicace

Cette recherche est dédiée à ma mère, décédée lors du mon premier semestre de l'année en cours, qui m'a toujours poussé et motivé dans mes études. Sans elle je n'aurais certainement pas fait d'étude supérieure, cette recherche représente donc l'aboutissement du soutien et des encouragements qu'elle ma prodigués tout au long de ma scolarité. Quelle soit remerciée par ce trop modeste dédicace. Merci maman et que dieu t'accueillera dans son vaste paradis.

Sans oublier mon père, mon frère et son épouse, mes sœurs et le petit doudou ainsi tout mes amis.

.Ait ali m'hand.

Dédicaces

Je souhaiterais bien dédier ce modeste travail à mes parents les plus chers, à mes frères et sœurs, à toute la famille, à mes amis surtout massinissa haroun .

Copains de chambre et tous les collègues kiki, billal, mounir, zakari, halim qu'ils m'ont soutenu pendant mon parcours a l'université.

Aussi sans oublier zina, yasmine, roufaïda, souad, kahina , dehia sabiha et mina.

.Zinet houes.

Liste des sigles

S.E.P : le sentiment d'efficacité personnelle.

CIM : classification international des maladies.

DSM : diagnostic manuel.

O.M.S : organisation mondial de la santé.

S.P.A : substances psycho actives.

CISA : centre intermédiaire des soins en addictologie.

EPSP : établissement public de santé de proximité.

T.A.R : Théorie de l'Action Raisonnée.

T.C.P : Théorie du Comportement Planifié.

T.M.P : la Théorie de la Motivation à la Protection.

H.A.P.A: Health Action Process Approach.

O.N.L.D.T: office national de lutte contre la drogue.

Liste des tableaux et figures

1. Liste des tableaux

Tableau n°01 : la classification des drogues selon la dangerosité.....	31
Tableau n°02 : les dépendances.....	34
Tableau n°03 : le déroulement de travail thérapeutique.....	41
Tableau n°04 : les résultats obtenus par l'entretien et l'échelle de schwarzer.....	60

2. Liste des figures

Figure n°01 : L'auto-efficacité comme variable indépendante ou variable exogène utilisée dans les modèles TAR/TCP (théorie de l'action raisonnée/théorie de l'action planifiée) et TMP (théorie de la motivation à la protection). Les autres composantes des différents modèles sont présentées.....	22
Figure n°02 : L'auto-efficacité comme variable médiatrice ou intermédiaire : exemple d'application dans le domaine de la santé avec les modèles d'Implémentation des buts (Bagozzi & Edwards, 2000) et l'Approche des Processus d'Action de Santé (Schwarzer & Fuchs, 1995, 1996).....	23
Figure n°03 : Fumer Est Un Comportement.....	31

Sommaire

Introduction.....	I
-------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : le cadre générale de la recherche

1. Problématique.....	1
2. Hypothèses.....	4
3. Les raison de choix du thème.....	4
4. les objectifs de la recherche.....	5
5. La pertinence de thème de recherche.....	5
6. Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	5

Chapitre II : Le sentiment d'efficacité personnelle

1. Définition de sentiment d'efficacité personnelle.....	10
2. la différence entre le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi.....	11
3. les origines cliniques du concept de sentiment d'efficacité personnelle.....	11
4. Sources de l'efficacité personnelle.....	13
4.1. Les expériences de maîtrise.....	14
4.2. Les expériences vicariants.....	14
4.3. La persuasion verbale.....	15
4.4. Les états physiologiques et émotionnels.....	15
5. le sentiment d'efficacité personnelle dans la psychothérapie.....	15
5.1. La thérapie des phobies.....	16

5.2. La thérapie de la dépression.....	17
5.3. La thérapie de la toxicomanie.....	18
6. La place de l'auto efficacité dans les modèles expectation-valeur.....	19
6.1 Effet direct de l'auto-efficacité sur les comportements.....	22
6.2. L'auto-efficacité comme variable intermédiaire.....	23
7. le rôle de sentiment d'efficacité personnelle dans le changement psychothérapeutique.	25

Chapitre III : le sevrage et la toxicomanie

1. La toxicomanie.....	28
1.1. Aperçue historique sur la toxicomanie.....	28
1.2. La toxicomanie.....	28
1.3. La drogue.....	29
1.4. Les substances psycho actives ou S.P.A.....	29
1.5. L'intoxication.....	30
1.6. Les types de drogues.....	30
1.7. L'action des S.P.A au niveau neurologique et comportementale.....	31
1.8. Chiffres et statistiques.....	33
2. La dépendance	34
2.1. Définition de la dépendance.....	34
2.2. Les stades de la dépendance.....	35
2.3. Critères diagnostique de l'abus et la dépendance selon le DSM IV.....	35
3. Le sevrage	36
3.1. Définitions de sevrage.....	37

3.2. Les symptômes de sevrage.....	37
4. Le traitement et la prise en charge	39
4.1. Le cadre thérapeutique.....	40
4.2. Dimension médicale.....	40

Partie pratique

Chapitre IV : méthode et techniques utilisées

1. Présentation de lieu de l'étude.....	45
2. L'échantillon de l'étude.....	46
3. La méthode utilisée.....	46
4. Les techniques utilisées.....	46
4.1. L'échelle d'auto-efficacité.....	46
4.2. Guide d'entretien.....	47
5. Les étapes de déroulement de recueil des données.....	48
6. Les difficultés rencontrées.....	48

Chapitre IV : méthode et techniques utilisées

1. Présentation et analyse des résultats.....	50
2. Interprétation des résultats.....	60
3. Discussion des résultats.....	62
Conclusion.....	66

Bibliographie

Annexes

Introduction

A toutes les époques, dans toutes les civilisations et dans toutes les cultures, des hommes ont cherché dans la drogue l'évasion, le nirvana, la stimulation intellectuelle ou créatrice, mais les hommes sont toujours efforcés de contrôler les événements affectant leur existence. En exerçant un certain contrôle sur leurs consommations de drogue pour concrétiser un avenir qu'ils souhaitent et prévenir un futur qu'ils ne désirent pas.

Aujourd'hui la consommation de drogue est devenue un phénomène incontrôlable qui dépasse le seuil et viole tous les principes et les normes des individus de différentes tranches d'âge et statuts sociaux (instruits et non pas instruits)

La surmontée effrayante de ces substances a attiré l'attention de plusieurs chercheurs de différents domaines pour but de mettre fin aux conséquences sinistres et désastreuses sur tous les plans.

Dans notre recherche nous avons basé sur l'étude de sentiment d'efficacité personnelle chez les toxicomanes est plus exactement le lien qui peut exister entre l'auto-efficacité et le sevrage chez les consommateurs de drogues.

Le sentiment d'auto-efficacité constitue la croyance qu'à un individu en sa capacité de réaliser une tâche, Selon Albert Bandura, les croyances d'efficacité personnelle constituent le facteur clé de l'action humaine. Si une personne estime ne pas pouvoir produire de résultats satisfaisants dans un domaine, elle n'essaiera pas de les provoquer. Les croyances des individus en leur efficacité influent pratiquement sur toutes leurs activités : comment ils pensent, se motivent, ressentent et se comportent.

La toxicomanie est l'état psychique et parfois physique résultantes de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelque fois d'éviter le malaise de la privation.

Pour le recueil des données, nous avons opté pour l'entretien semi-directif comme première technique de recherche, en association avec l'échelle d'efficacité personnelle

généralisé de schwarzer qui va nous permettre d'évaluer le sentiment d'auto-efficacité des toxicomanes pendant la période de sevrage.

Notre travail commence par le premier chapitre intitulé « le cadre méthodologique de la recherche », où nous avons construit notre problématique et formulé nos hypothèses.

Ensuite le deuxième chapitre, où nous avons donné quelques notions concernant la première variable qu'est le sentiment d'efficacité personnelle en commençant par une définition de l'auto-efficacité et les différentes axes majeurs de cette théorie.

Le troisième chapitre concernant la toxicomanie et le sevrage à travers le quel on présentera différentes définitions de la toxicomanie, des drogues, le sevrage et la prise en charge et le déroulement des séances des cures de désintoxications.

Après avoir terminé la partie théorique, nous avons passé à la partie pratique où nous avons abordé le quatrième chapitre dans le quel nous avons présenté la méthodologie, présenter le lieu de recherche, l'échantillon de recherche, la méthode utilisée, enfin nous évoquerons les difficultés rencontrées.

Le cinquième chapitre concerne la présentation, l'analyse, l'interprétation et discussion des résultats.

À la fin nous avons terminé notre travail par une conclusion générale qui englobe le déroulement de notre recherche.

1. Problématique

Les toxicomanies peuvent être considérées comme des addictions qui sont un comportement visant à procurer du plaisir masquant un malaise propre à l'individu, ce comportement se caractérise principalement par son impulsivité, une tension accrue avant sa réalisation et un sentiment de perte de contrôle qui accompagne le comportement adictif. Avec le temps, les activités sociales, professionnelles ou personnelles sont souvent sacrifiées par l'individu au profit de la satisfaction de son addiction (Haddad, 2008).

La toxicomanie est aujourd'hui très largement reconnue comme étant un phénomène multifactoriel complexe qui comporte une dimension biologique, social, anthropologique et surtout psychologique, ces quatre disciplines se sont réunies pour trouver des déférentes solutions qui permettrons de réduire les taux de ce phénomène qui prend des proportions alarmantes dans notre pays, il est devenu un fléau des temps modernes, synonyme de « nouveau cancer et d'arme de destruction massive », La drogue détruit l'individu, disloque la famille et déstabilise la société Personne ne peut être à l'abri de ce mal, ni être indifférent. (Haddad, 2008).

La drogue touche beaucoup plus la jeunesse 83,59% des individus impliqués dans des affaires de trafic de drogue en Algérie sont âgés de moins de 35 ans, 56% des toxicomanes ont commencé par la cigarette, 25 000 sont entrés dans des centres de désintoxication durant ces dix dernières années, 53% n'ont pas de structure familiale stable, 6% vivent dans la rue et 84% ont un niveau d'instruction moyen Durant l'année 2006, Environ 3 mille personnes, impliquées dans le commerce de drogue sont, aujourd'hui, recherchés par les services de sécurité, Ces trafiquants vont du petit dealer au grand trafiquant, selon les services de sécurité, (Abdenouri, 2007).

L'Algérie, qui il y a quelques années encore, était un pays de transit pour la drogue, devient aujourd'hui, progressivement, consommateur de cette même drogue ce dernier a poussé l'Etat à créer et organiser des centres de désintoxication par un plan d'action entre 2007-2009 : Réalisation de 15 centres de cure de désintoxication(CDD), réalisation de 53 centres intermédiaires de soins aux toxicomanes(CIST). (O.N.L.D.T, 2008).

Ces centres de cure visent toujours à diminuer les conséquences néfaste de la dépendance sur la santé et l'intégration social, traiter le dysfonctionnement psychique et surtout mettre fin

aux problèmes liés à la consommation des substances et aider le patient à sortir de la dépendance et de sevrage.

Ce dernier se définit comme un syndrome pathologique qui apparaît dans les jours qui suivent l'interruption ou une réduction de la consommation habituelle d'une substance, psychotrope ou drogue, après une durée considérable de consommation alors il nécessite une intervention psychothérapeutique, les symptômes et les accidents de sevrage peuvent être isolés, s'associer entre eux ou se succéder, selon la partie de l'organisme qui est influencé tels que : les symptômes neuromusculaires : (tremblements intenses, crampes touchent les membres inférieurs et les membres supérieurs, sensations vertigineuses, douleurs abdominales, Agitation motrice, fièvre modérée ou élevée). les symptômes digestifs : (anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, déshydratation). Les symptômes neuro-végétatifs : (sueurs abondantes d'odeur forte, tachycardie). les symptômes psychiques : (inquiétudes, hyper motilité, irritabilité, angoisses importantes, anxiété). et aussi les symptômes très légers : (l'humeur, la fatigue, la faiblesse, des bâillements, un ralentissement psychomoteur). (Lemperiere et Feline, 2006)

La plupart de ces symptômes débutent 24 h à 48h après l'arrêt de la consommation, atteignent leur maximum d'intensité entre le quatrième et le sixième jour et durent en général entre une et trois semaines mais ils peuvent aller au-delà dans le cas de très forte consommation passée. Ces symptômes induisent un inconfort, une détresse qui nuisent au fonctionnement de l'individu et l'amène à reprendre de la drogue afin de les éviter. (Kavciyan, 2008).

Durant la période de sevrage et de désintoxication les psychothérapeutes et les spécialistes recommandent un accompagnement psychothérapeutique afin de soutenir l'individu dans ses efforts, et font appel à plusieurs thérapies et théories, Pour gérer les problèmes, les conséquences, et toutes les situations possibles et permettre aux gens d'initier un changement dans leur vie.

Chacun de ces thérapeutes vise un côté, parmi eux y'a qu'ils ceux qui travaillent sur les croyances résilientes et le sentiment d'efficacité personnelle en tant que mécanisme sociocognitif aident le patient à exercer un certain contrôle sur la qualité et la direction de leur existence et aussi considéré comme une thérapie efficace pour prendre en charge les

pathologies et surtout celle qui se manifeste a cause de la consommation des substance et alcool, ça est démontré dans la recherche longitudinale menée par (Ellickson et Hays, 1991).

les influences sociales favorables a ces substances, sous forme d'exposition a des modèles qui en utilisent et on offrent, associées a un faible sentiment d'efficacité a résister aux pressions sociales a consommer ces substances, prédisent le niveau de consommation ultérieure de drogues par des adolescents. Un faible sentiment d'efficacité à résister agit de manière généralisée pour les différentes formes de consommation (Ellickson et Hays, 1991).

Des différences de compétences interpersonnelles ont été liées à la toxicomanie. WEBB et BAER ont cependant rapporté que les compétences sociales ne réduisent la consommation des substances que si elles élèvent les croyances des adolescents qu'ils peuvent résister à la substance, quand ils sont contrariés, qu'ils s'ennuient, ou qu'ils subissent des pressions de leur entourage. (Bandura, 2003)

Quelques études qui ont traité les problèmes de toxicomanie indiquent cependant que les croyances d'efficacité agissent comme influence régulatrice dans la consommation D'opiacées essentiellement de la même manière que dans d'autres formes de dépendances. Le programme a large porte de Delaney a San Francisco est un remarquable exemple de model autocapacitant permettant la transformation de l'existence de toxicomanes rebelles au traitement, en leur fournissant les compétences et les occasions pour mener une existence productrice (Hampden –Turner ,1976 cité par Silbert, 1984).

Le Delancy c'est une communauté autogérée des toxicomanes et des alcooliques suivent des nombreuses formations pour acquérir des compétences professionnelles fondamentales et apporter des capitaux pour le programme. ces compétences professionnelle mènent une existence sociale réussie et libre de drogue. (Lecompte, 2004).

Cette approche transforme des vies antisociales, les toxicomanes acquièrent les aptitudes et le sentiment d'efficacité personnelle leur permettant de mener une vie digne, une approche sociale autocapacitante qui aborde simultanément de multiples problèmes humaines peut réussir la ou des approches individualistes fragmentés échouent (Bandura, 2003).

Ces études pour but de démontrer que l'efficacité autorégulatrice perçue détermine partiellement le succès à modifier les habitudes additives néfastes et a adopter de nouvelles

habitudes a long terme et La plupart des personnes qui souffrent d'habitudes néfastes pour lesquelles cherchent un soulagement n'ont pas grande confiance en leurs capacités a modifier leur style de vie au début de la thérapie, Ayant l'expérience d'efforts inutiles, elles comptent sur l'efficacité de thérapeute pour éliminer les habitudes qu'elles ont été incapables de changer (Bandura, 2003)

Dans cette double subtilité, de la toxicomanie et du sentiment d'efficacité personnelle nous nous sommes intéressés a tenter de répondre a cette question :

- Y'a-t-il un lien entre le degré de sentiment d'efficacité personnelle et la durée ainsi que l'intensité des symptômes de sevrage au cours d'un cure de désintoxication?

2. Hypothèses

- plus le degré de sentiment d'efficacité personnelle est élevé plus la durée de sevrage est moins longue.
- plus le degré de sentiment d'efficacité personnelle est élevé plus les symptômes de sevrage sont moins nombreux.

3. Les raisons du choix du sujet

D'abord la toxicomanie est un sujet d'actualité est nommé comme le cancer de cette décennie, car ce phénomène est installé dans différentes endroit de la société tel que la rue et les espaces publics arrivant jusqu'aux milieux scolaires et sportifs, ensuit le manque de travail de sensibilisation sur les dangers des stupéfiants et ses dérives sur le plan social, économique, et surtout psychologique.

L'inefficacité de travail mené par les spécialistes des cures et les techniques suivies.

Tous ça nous a encouragé à entamer ce travail, et aborder ce thème pour informer l'ensemble des acteurs sur la gravité et les conséquences dramatiques de ce fléau et d'attirer l'attention des psychologues et psychiatres sur cette nouvelle méthode.

4. Les objectifs de la recherche

Les objectifs de notre travail consiste a :

Vérifier nos hypothèses et déterminer le lien entre sentiment d'efficacité personnelle et la duré de sevrage ainsi que les symptômes qui manifeste au cours de cette période.

Comprendre le phénomène de sevrage (les symptômes, la situation et les raisons interviennent).

Comprendre le déroulement des séances des cures et des désintoxications et recueillir des nouvelles compétences pratiques.

5. La pertinence de thème de recherche

Contribue à l'amélioration de la qualité de travail thérapeutique pendant les cures des désintoxications.

Notre thème de recherche aide les psychologues, psychiatres a adopté une nouvelle technique qui va faciliter le travail pendant les cure des désintoxications et augmenter le taux de réussite.

Notre travail vise à proposer un nouveau champ de recherche pour les étudiants de fin de cycle.

6. Définition des concepts clés

6.1. La toxicomanie

La toxicomanie est la dépendance physique et psychologique à une ou plusieurs substances, recherchées pour leurs effets euphorisants, enivrants, excitants ou hallucinogènes. Entrent dans cette catégorie les dépendances au cannabis, à la cocaïne, à l'alcool, au tabac, à certains médicaments (comme les amphétamines ou les tranquillisants). Toutes ces drogues ne sont pas illicites. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le terme de pharmacodépendance est préférable à celui de toxicomanie. (sante médecine, 2016).

6.2. L'usage

Récréatif implique la consommation de substances psycho actives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour les autres, c'est l'adolescent qui essaie une drogue pour imiter les autres ou la personne qui expérimente par la curiosité, Ce sont aussi les consommations occasionnelles et modérées de bien des buveurs d'alcool .dans la grande majorité des cas, l'usage récréatif n'entraîne pas d'escalade dans la consommation, (Polomeni, 2008)

6.3. L'abus

Survient quand la consommation commence a nuire a la santé physique de la personne et de son entourage et peut causer une dégradation de ses relations familiales, de son fonctionnement professionnel, de ses finances, des absences répétées au travail, de mauvais résultats scolaires, l'abandon de ses responsabilités et l'incapacité a se passer du produit pendant plusieurs jours sont aussi des signes d'abus, (Polemini, Didier, Celereir, 2005)

6.4. La dépendance

État psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des réponses comportementales qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Le produit n'est plus qualifié de drogue Estimer la force d'un produit revient à mesurer la force du lien qu'il tisse (ou encore la difficulté à s'en détacher) est qui n'implique pas forcément un envahissement complet de l'existence. (OMS, 1975 cité par Joëlle, V, 2017)

6.5. L'addiction

Constitue alors une automédication de l'anxiété ou de la dépression et va s'installer comme un cercle vicieux, la nécessité de recourir a un produit va a son tour exacerber les

problèmes médicaux-psycho-sociaux de la personne, conduisant a une augmentation de l'anxiété et de la dépression, en une auto –alimentation du système. (Polomeni, 2008)

6.6. Le sevrage

Ils peuvent s'effectuer en milieu hospitalier ou en ambulatoire, Ils peuvent être brusques (sevrage bloc) avec arrêt total du produit source de dépendance et mise en place d'un traitement médicamenteux destiné à atténuer le syndrome de sevrage les modalités de prescription (types de médicaments prescrits, durées, etc.) Dépendant des types de produit (opiacés, Cocaïne, autres stimulants, Cannabis, Benzodiazépines, alcool...). (Polomeni, 2008)

➤ **Le sevrage facile**

Se caractérise par une durée courte et une présence des symptômes moins nombreux, dans notre entretien en a focalise sur 18 symptômes de sevrage se que veut dire que le nombre des symptômes d'un sevrage facile est entre 2 et 6 symptômes.

➤ **Le sevrage moyen**

Se caractérise par une durée moins longue et une présence moyenne des symptômes, veut dire que le nombre des symptômes d'un sevrage moyen est entre 7 et 12 symptômes.

➤ **Le sevrage difficile**

Se caractérise par une durée plus longue et une présence élevé des symptômes, veut dire que le nombre des symptômes d'un sevrage difficile est entre 13 et 18 symptômes.

➤ **Le sentiment d'efficacité personnelle :**

C'est lacroyance de l'individu en ça capacité de réalisé ou non une tache dans un contexte donnée.

- **Préambule**

Le sentiment d'efficacité personnelle est un élément pour le bien être psychologique, la sante mental et même de traversé les déférents obstacles que l'être humain rencontre chaque jours.

Dans ce chapitre nous allons aborder le sentiment d'efficacité personnelle et ses diverses conceptions chez les individus ainsi que les déférentes approches théoriques sur la notion de sentiment d'efficacité personnelle.

1. Définitions de sentiment d'efficacité personnelle

Issu de la théorie de l'auto efficacité, le sentiment de l'efficacité personnelle fait référence à la croyance de l'individu en sa capacité a réalisé au non une tâche dans un contexte donné et au sentiment que ses actions produiront les résultats escomptés (Bandura, 2003),

Selon cette théorie, les personnes développent et régulent des croyances dans leurs capacités à faire en sorte que des actes ou des événements surviennent (Brewer, 2008).

Les notions de potentiel de contrôle sont les fondements même de cette théorie ou les croyances d'efficacité personnelle sont au cœur même de la motivation et de l'action humaine. Plus celle-ci sont fortes, plus les objectifs ne poursuivis pas la personne seront élevés. Confirmée par plusieurs études scientifiques, cette théorie suppose que si les gens ne pensent pas qu'ils puissent produire les résultats qu'ils désirent par leurs actions, ils ont peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés (Bandura,2003).

Les croyances d'efficacité personnelle influencent ainsi les choix des individus, les efforts fournis, la persévérance devant les difficultés, la résilience face à l'adversité, le stress vécu et le niveau de réussite auquel ils parviennent (Brewer, 2008).

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

2. La différence entre le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi

Le concept de sentiment d'efficacité personnelle est souvent confondu avec celui d'estime de soi.

Le sentiment d'efficacité personnelle concerne l'évaluation par l'individu de ses propres aptitudes personnelles, tandis que l'estime de soi se rapporte davantage à l'évaluation de sa valeur personnelle. En fait, l'estime de soi se construit à partir de la valeur que l'on accorde aux autoévaluations de sa compétence personnelle. Par le fait même, une personne peut se considérer comme incompétente dans une activité donnée, sans que cela ait pour effet d'affecter son estime de soi si elle n'engage pas sa valeur personnelle dans cette activité. Cela explique aussi pourquoi il ne suffit pas d'avoir une estime de soi élevée pour agir conformément à ses attentes. Concrètement, l'estime de soi de l'étudiant qui a un faible sentiment d'efficacité personnelle en ce qui a trait à sa capacité à réaliser une œuvre artistique ne sera pas affectée si celui-ci n'accorde pas ou peu de valeur au fait d'être incompétente dans ce domaine. À l'inverse, si cette dernière estime que cela fait de lui une personne moins intéressante, donc s'il y accorde de l'importance, son estime de soi peut alors être altérée par cette croyance d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle a des répercussions sur les buts fixés ainsi que sur la performance, tandis que l'estime de soi n'a d'effet ni sur les buts personnels, ni sur la performance (Mone, Baker et Jeffries, 1995 cité par Bandura, 2003).

3. Les origines cliniques du concept de sentiment d'efficacité personnelle

La théorie sociocognitive qu'Albert Bandura a développée depuis une trentaine d'années, constitue maintenant un ensemble imposant et systématique, Bandura propose une conception d'ensemble des processus normaux d'adaptation et des phénomènes psychopathologiques les plus courants, à laquelle se rattache une théorie du changement des conduites, que ce changement soit facilité par une aide psychologique ou qu'il soit décidé et entrepris par l'intéressé sans aide extérieure, (Carapato et Jean-Michel, 2004).

Dans l'exposé synthétique que Bandura (1997) a donné de ses conceptions, la théorie du changement semble n'être qu'une conséquence logique parmi d'autres et une simple application dans un domaine particulier de la théorie générale de l'efficacité personnelle. Mais

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

il faut souligner que l'ordre d'exposition du système achevé et cohérent masque l'ordre de la découverte, La théorie du changement n'est pas l'aboutissement d'une réflexion psychologique générale, la théorie générale est au contraire le produit d'une réflexion sur le changement, et notamment sur la modification des comportements par les procédés de la thérapie comportementale, (Bandura, 1969 cité par Carapato et Jean-Michel, 2004).

L'idée fondamentale de Bandura, exposée de la manière la plus claire dans un texte essentiel dès 1977, c'est que la capacité d'un patient de changer dépend principalement de l'idée qu'il se fait de sa capacité de changer. Comme dans les phénomènes de « prédiction autoréalisante » classiquement décrits par les psychologues sociaux, l'efficacité réelle d'une personne est largement déterminée par la représentation subjective que cette personne a de son efficacité : la théorie de l'efficacité personnelle est avant tout une théorie du sentiment d'efficacité personnelle ou de la croyance de la personne en sa propre efficacité, (Bandura, 1977).

Dès qu'elle est formulée, cette conception permet de réinterpréter et de comprendre plus complètement la signification des premières contributions de Bandura (1971, 1977a), qui lui ont valu la célébrité dans le monde des thérapies comportementales. À une époque où le cognitivisme encore balbutiant n'avait pas encore évincé le behaviorisme, qui restait tout-puissant dans le monde de la psychologie anglo-saxonne, tout phénomène devait être expliqué par l'apprentissage, entendu sous forme de conditionnement pavlovien ou skinnérien, Bandura a libéré les esprits des thérapeutes comportementalistes en rappelant avec force que le conditionnement n'explique pas tout, L'observation et l'imitation du comportement d'autrui sont une forme d'apprentissage aussi fréquente et aussi importante que le conditionnement chez les animaux supérieurs. (Les origines cliniques du concept de sentiment d'efficacité personnelle Savoirs, 2004, Hors-série 138 humains) C'est en se fondant sur cette théorie de l'apprentissage social (parfois également nommé apprentissage vicariant) que les thérapeutes comportementalistes ont pu développer des thérapies des phobies dont l'ingrédient principal était l'imitation des modèles (modeling) proposés par le thérapeute : par exemple, la thérapie de l'ophidiophobie (phobie des serpents) par l'observation puis l'imitation d'un thérapeute qui, ayant conduit le patient dans une animalerie, s'approche d'un serpent non dangereux, le regarde, le touche, le manipule, avant d'encourager le patient à en faire autant. (Carapato et Jean-Michel, 2004).

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

Une fois que le concept d'efficacité personnelle perçue est formulé, on comprend comment et pourquoi l'imitation de modèles est une technique efficace l'observation d'un modèle entraîne une modification des représentations (s'il y arrive, pourquoi pas moi ?), cette modification des représentations facilite les tentatives d'imitation de ce modèle, encouragées par le modèle lui-même ; lorsque ces tentatives réussissent, elles constituent des expériences de maîtrise guidée qui augmentent à leur tour le sentiment d'efficacité personnelle (j'y arrive moi aussi, je suis capable de plus de choses que je ne le pensais). (Carapato et Jean-Michel, 2004).

La modification des représentations relatives à l'efficacité personnelle est l'intermédiaire efficace pour le changement de la conduite, la thérapie cognitivo-comportementale se substitue ainsi à la thérapie strictement behavioriste. Une fois comprise l'importance déterminante des croyances de la personne dans sa propre efficacité, on comprend que ce phénomène ne s'exerce pas seulement dans les thérapies de ce type, mais également dans l'ensemble des processus ordinaires d'apprentissage social qui s'effectuent tout au long du développement de l'enfant et de la vie de l'adulte. C'est ainsi que Bandura est passé, au fil des années, d'une technologie de la modification du comportement dans les thérapies behavioristes à une théorie psychologique à portée très générale. (Carapato et Jean-Michel 2004).

4. Les sources de l'efficacité personnelle

4.1. Les expériences de maîtrise

Les expériences de maîtrise ou de succès construisent une solide croyance d'efficacité personnelle. Elles sont reconnues comme étant la source la plus influente d'efficacité personnelle (Bandura,2003).

À l'inverse, les expériences d'échecs viennent miner cette croyance. Les succès résultant d'efforts soutenus construisent un sentiment d'efficacité personnelle résilient, tandis que les succès faciles et répétés développent des attentes de résultats rapides et sans effort. En contrepartie, les échecs répétés accompagnés d'efforts ont un effet très négatif sur le sentiment d'efficacité personnelle. Les expériences de maîtrise contribuent positivement au développement du sentiment d'efficacité personnelle seulement si la personne attribue sa

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

réussite à ses aptitudes personnelles et non à des facteurs hors de son contrôle (un exemple sur la toxicomanie). (Gaudreau, 2013)

4.2. Les expériences vicariants

L'apprentissage vicariant ou le modelage social est un apprentissage socio constructif par observation. Les individus construisent leurs croyances d'efficacité personnelle en se basant sur leurs propres expériences, mais aussi en observant celles des autres et en les comparant (Bandura, 2003 cité par Lecompte, 2004).

C'est un apprentissage qui repose sur le phénomène des comparaisons sociales, c'est-à-dire sur l'observation. Le fait d'observer des pairs vivre sans controverse une situation jugée préalablement conflictuelle peut influencer et renforcer la propre croyance des observateurs en leurs capacités de réussir. Au contraire, l'observation de l'échec d'un pair peut remettre en doute sa propre efficacité. (Gaudreau, 2013).

4.3. La persuasion verbale

La troisième source d'efficacité personnelle est la persuasion sociale ou verbale, qui signifie qu'à travers des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations, les participants peuvent être amenés vers la croyance qu'ils possèdent le potentiel pour effectuer avec succès le comportement qui, autrefois, les embarrassait. (Gaudreau, 2013)

Des études effectuées dans le domaine ont permis de démontrer que les personnes que l'on persuade verbalement qu'ils possèdent les ressources nécessaires à la réalisation de certaines activités fournissent plus d'efforts et persévèrent davantage que ceux qui doutent de leurs capacités (Bandura, 2003).

4.4. Les états physiologiques et émotionnels

Jouent un rôle dans le sentiment d'efficacité personnelle. Au cours du processus d'autoévaluation de ses capacités, une personne se base en partie sur l'information transmise par son état physiologique et émotionnel. Par exemple, des tremblements, des palpitations cardiaques ou un sentiment de panique au cours d'une activité jugée stressante peuvent être interprétés comme des signes de vulnérabilité et d'incompétence chez l'individu (Bandura, 2003).

De la même manière, un niveau de stress important associé au sentiment de perte de contrôle favorise le développement de faibles croyances d'efficacité personnelle (Tschannen-Moran et Hoy, 2007).

À l'inverse, le fait d'éprouver du plaisir au cours d'une activité donnée permet le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle élevé tout en augmentant la motivation à répéter la même expérience. (Gaudreau, 2013)

Ces quatre sources d'information permettent aux individus d'acquérir un certain degré d'efficacité personnelle pour un comportement donné. Selon l'individu, le moment et le contexte en question, chacune de ces sources pourra être complémentaire des autres.

5. Le sentiment d'efficacité personnelle dans la psychothérapie

Selon Bandura, les plus grands bénéfices que les psychothérapies puissent procurer ne sont pas des remèdes spécifiques à des problèmes particuliers, mais les outils sociocognitifs nécessaires pour gérer efficacement toutes les situations possibles. Ces outils doivent être à large spectre, ce qui a pour conséquence, selon lui, que ni la verbalisation isolée de l'action au cours (thérapie psychanalyse), ni l'action isolée de la pensée (thérapie comportementale) ne donnent de bons résultats dans la thérapie des troubles psychiques. (Lecomte, 2004).

5.1. La thérapie des phobies

Les psychologues considèrent souvent que les limitations que les sujets phobiques s'imposent (par exemple, un agoraphobe qui reste chez lui) viennent de ce qu'ils craignent de

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

devenir anxieux ou d'être terrassés par une attaque de panique, ou que des conséquences catastrophiques vont leur arriver. Par contre, selon la théorie sociocognitive de Bandura (1986), c'est surtout l'inefficacité perçue à faire face à des menaces potentielles qui fait surgir à la fois l'anxiété anticipatoire et le comportement d'évitement. Les individus évitent les situations et les activités qui peuvent être déplaisantes, non parce qu'ils sont envahis par l'anxiété, mais parce qu'ils croient qu'ils seront incapables de gérer les situations difficiles. Ceux qui s'estiment efficaces à gérer les menaces ne les craignent pas, ni ne les fuient. (Bandura, 2003).

Diverses études montrent que ni l'anxiété anticipée, ni la panique anticipée, ni le danger perçu ne prédisent le comportement agora phobique après avoir contrôlé l'influence des croyances d'efficacité. Par contre, les croyances d'efficacité sont hautement prédictives du comportement agora phobique quand les variations de la panique anticipée, de l'anxiété anticipée et du danger perçu sont contrôlées (Williams et Zane, 1989 cité par Lecomte, 2004).

Ces résultats indiquent que le traitement devrait viser à construire le sentiment d'efficacité de coping des personnes plutôt que d'essayer de corriger les attentes de résultats catastrophiques tout en ignorant le sentiment profond d'inefficacité qui engendre ces attentes. Pour cela, la meilleure thérapie consiste, selon Bandura, en des expériences de maîtrise guidée, qui facilitent l'acquisition d'un sentiment d'efficacité de coping et éliminent rapidement des troubles phobiques étendus. Nous avons déjà noté l'importance du modelage de maîtrise dans l'acquisition de compétences professionnelles. Cette technique est également très pertinente en thérapie. (Lecomte, 2004).

5.2. La thérapie de la dépression

Diverses études comparatives font état de succès identiques pour des traitements divergents de la dépression. Selon Bandura, ceci s'explique par la fonction médiatrice de l'efficacité personnelle. Les gens peuvent être déprimés pour de multiples raisons, mais un profond sentiment d'inefficacité personnelle à produire des résultats positifs rendant l'existence agréable est le facteur central commun aux différents sous-processus de dépression. Cette inefficacité perçue peut concerner des relations souhaitées, des résultats

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

espérés ou le contrôle de pensées désespérantes. Ainsi, dans les thérapies destinées à contrecarrer la dépression en éliminant les images négatives de soi, une grande part de l'analyse de la pensée vise à persuader les patients qu'ils sont compétents plutôt qu'impuissants. Parallèlement, les thérapies qui favorisent les compétences sociales augmentent le sentiment d'efficacité sociale, ce qui permet le développement de relations émotionnelles satisfaisantes qui réduisent la vulnérabilité à la dépression. (Lecomte, 2004).

Le traitement efficace de la dépression nécessite donc que les patients s'engagent dans des styles capacitants de pensée et dans des activités de maîtrise qui contrecarrent l'auto dévalorisation et le sentiment d'impuissance. Des expériences de maîtrise sont habituellement plus convaincantes que la parole seule pour éliminer les pensées inefficaces. Des expériences de maîtrise guidée peuvent démontrer que ce qui avait semblé désespérément difficile est finalement faisable. (Lecomte, 2004).

5.3. La thérapie de la toxicomanie

Gossop et ses collaborateurs (1990) ont examiné divers prédicateurs de la consommation de drogues à court et long terme. Les facteurs qui sont constamment apparus comme prédicateurs significatifs de résultats étaient l'efficacité personnelle perçue à s'abstenir de drogue, et les facteurs protecteurs que sont le soutien des amis et l'investissement dans une activité professionnelle porteuse de sens. Ces engagements sociaux et professionnels positifs ont contribué à une vie satisfaisante qui a aidé les anciens utilisateurs à rester libres de drogue. Plus l'efficacité autorégulatrice perçue suscitée par le traitement est élevée, plus les consommateurs d'opiacées s'abstiennent de drogue. (Bandura, 2003)

Les individus très dépendants doivent changer radicalement de mode de vie pour maintenir la guérison de la toxicomanie. Pour commencer, ils doivent se désintoxiquer de la croyance qu'ils peuvent continuer à faire les mêmes activités avec les mêmes fréquentations dans le même cadre, tout en s'abstenant de consommer des drogues. Ils ne doivent pas simplement modifier leur comportement de consommation, mais apprendre un nouveau style de vie. Ils doivent couper les liens avec leurs amis drogués et avec les dealers, restructurer leurs activités sociales et récréatives, qui ont été surtout orientées autour de la drogue, apprendre à éviter en permanence les situations à haut risque. Ceux qui n'ont pas un emploi

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

stable doivent acquérir des compétences professionnelles qui vont structurer une grande part de leur vie et lui donner une signification nouvelle. (Bandura,2003 cité par Lecomte, 2004).

Bandura cite comme action exemplaire le programme thérapeutique à large portée de Delancy à San Francisco, qui constitue à ses yeux un remarquable modèle auto-capacitant permettant à des toxicomanes initialement rebelles au traitement de mener une existence productrice (Silbert, 1984).

Delancy est une communauté autogérée où des toxicomanes et des alcooliques très dépendants et incarcérés durant de longues années, restructurent leur existence grâce à leur initiative personnelle sans fonds publics. Les difficultés passées ne sont pas acceptées comme excuses aux comportements néfastes. Dans cet environnement, des individus qui ont été profondément empêtrés dans le crime et la toxicomanie apprennent à être responsables et chaleureux. Ils acquièrent les aptitudes et le sentiment d'efficacité personnelle leur permettant de mener une vie sociale digne. Ainsi, une approche sociale auto-capacitante qui aborde simultanément de multiples problèmes humains peut réussir là où des approches individualistes fragmentées échouent. (Lecomte, 2004).

6. La place de l'auto efficacité dans les modèles expectation-valeur

L'auto-efficacité a progressivement été adoptée par de nombreux programmes de recherche en psychologie sociale, notamment ceux qui proposent des modèles de prédiction du comportement. Nombre de ces modèles présupposent qu'une quantité limitée de construits et de mesures permet de prédire le comportement (Fishbein, 1997 cité par Meyer et Verliac, 2004).

La classe des modèles dits expectation-valeur a connu un succès important spécialement dans le domaine de l'exposition aux risques et de la protection de la santé. Les attentes des individus à propos d'un comportement expectations sont balancées par les valeurs attribuées à ce comportement. On peut ainsi supposer que le fait de prendre l'apéritif est associé à une attente d'un bénéfice (plaisir et convivialité), lequel présente une certaine valeur pour l'individu. L'attente peut bien sûr être négative (probabilité d'accident de voiture, maux de tête en cas d'abus) et associée à une valeur négative. Dans ces modèles, les antécédents volitionnels du comportement sont pris en compte sous la forme de désirs, buts ou intentions

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

comportementales. Ces modèles sont soit de caractère généraliste, soit dédiés à un domaine spécifique, en particulier celui de la santé. De nature pragmatique, ces modèles se proposent de hiérarchiser les déterminants du comportement. Ils présentent une valeur prédictive des comportements, certes très variable d'un domaine à l'autre, mais suffisamment intéressante pour les praticiens de ces secteurs. L'utilité de ces modèles est aussi de caractériser les déterminants du comportement et par là d'aider à concevoir des interventions appropriées, (Meyer et Verlhac, 2004)

Depuis plus de vingt ans, le concept et la mesure de l'auto-efficacité ont été progressivement introduits dans ces modèles avec le but d'augmenter leur qualité de prédiction. Le construit d'auto-efficacité est ainsi mis en concurrence avec d'autres prédicateurs du comportement. Dans les exemples qui suivent, le statut de l'auto-efficacité prend alors deux formes différentes. D'un côté l'auto efficacité est considérée comme une variable indépendante des autres variables des modèles. Elle est alors un prédicateur des intentions comportementales ou du comportement lui-même. D'un autre côté l'auto-efficacité est considérée comme une variable intermédiaire qui contribue à prédire l'intention comportementale ou le comportement mais sous l'influence, et éventuellement en interaction avec d'autres variables. (Meyer et Verlhac,2004)

6.1. Effet direct de l'auto-efficacité sur les comportements

➤ Un modèle généraliste

L'exemple le plus spectaculaire d'apport de la mesure d'auto-efficacité est son application au modèle le plus populaire de prédiction des comportements : le modèle TAR/TCP (Théorie de l'Action Raisonnée/Théorie du Comportement Planifié) développé par Ajzen et ses collègues (Ajzen & Fishein, 2000).

Ce modèle TAR/TCP connaît des applications dans des domaines extraordinairement vastes (santé, éducation, management, marketing, sport, etc.). Dans une première version, la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) proposait de prédire les intentions et le comportement sur la base de deux variables principales : les attitudes envers le comportement (croyances comportementales), et les normes subjectives (croyances relatives aux attentes normatives des autres personnes). Reprenons l'exemple cité plus haut. On peut supposer que l'intention de prendre un apéritif alcoolisé, plutôt qu'un soda ou un jus de fruit, est déterminée en partie par des attitudes positives (mesurées en termes d'attentes et de valeurs positives à l'égard de la

CHAPITRE II **Le sentiment d'efficacité personnelle**

consommation d'alcool), et de normes subjectives (le fait que les gens, que je considère importants pour moi, jugent plus raisonnable de rester sobre). Toutefois, de nombreux comportements dépendent de facteurs qui ne sont pas d'ordre intentionnel. Le modèle du comportement planifié (TCP) introduit donc le contrôle perçu comme susceptible de changer à la fois l'intention comportementale et le comportement lui-même. Pour reprendre l'exemple précédent, un trop grand sentiment de ne pouvoir s'arrêter à temps, ou d'être entraîné par ses camarades (conscience élevée d'un faible contrôle perçu) pourrait ainsi amener à choisir une boisson qui ne soit pas alcoolisée. (Meyer et Verhaciac, 2004).

Le construit d'auto-efficacité a très tôt été convoqué pour compléter ce modèle. Après plusieurs années de discussions, la nécessité de séparer conceptuellement et opérationnellement contrôle perçu et auto-efficacité s'est imposée. Ajzen (2002) a finalement suggéré d'introduire l'auto-efficacité dans le modèle. Après une étude extensive de la littérature, il conclut que le contrôle comportemental perçu présente une structure hiérarchique et doit être mesuré sous deux angles distincts : les croyances relatives à la contrôlabilité du comportement et les croyances relatives à l'auto-efficacité. L'auto-efficacité est alors posée comme une variable indépendante qui influence directement les intentions et les comportements. Dans ces modèles, il est courant, mais non systématique, que l'auto-efficacité se distingue favorablement du contrôle perçu. (cité par Conner & Armitage, 2002).

➤ **Un modèle spécialisé**

Le domaine de l'exposition au risque et à la préservation de la santé a suscité de nombreux modèles. Parmi eux la Théorie de la Motivation à la Protection (TMP ; Neuwirth, Dunwoody & Griffin, 2000 ; Rippetoe & Rogers, 1987 ; Rogers, 1983 ; Rogers & Mewborn, 1976). Comme précédemment, le concept d'auto-efficacité s'est vu attribuer un effet direct sur l'intention/but et sur la modification du comportement de santé (voir figure 1). Cependant d'autres composantes sont associées au modèle dont nous précisons les rôles et fonctions. Nous pourrions alors nous interroger sur les parts respectives que ces différentes variables, y compris l'auto-efficacité, prennent dans la régulation de l'intention.

La TMP est historiquement associée aux travaux sur l'impact de l'appel à la peur pour susciter des changements de comportements : la peur amènerait les individus à se protéger. Avoir l'intention d'adopter un comportement de santé dépendrait de l'appréciation de la menace encourue soit à ne pas adopter de comportement favorable à la santé en termes de prévention, soit à ne pas adopter un comportement de détection. Selon le cadre

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

expectation/valeur, la menace perçue vient du sentiment de « vulnérabilité » et de la « gravité » perçue des conséquences d'un problème de santé. L'appréciation de la menace consiste donc à prendre en considération son propre comportement actuel et à évaluer si la menace pour sa santé est suffisamment importante pour devoir agir. Cependant, la menace associée au risque de santé, et la peur qu'elle suscite, entraînent souvent des stratégies de déni ou de minimisation du risque perçu pour soi. Dans ce cadre, il arrive très souvent que le risque soit apprécié de manière auto-avantageuse : autrui est plus exposé que moi-même au risque. Cet Optimisme Comparatif permet de se rassurer quant à son statut de santé, Consécutivement, il apparaît moins utile et urgent d'adopter un comportement de santé. La menace perçue, notamment quand elle est trop importante, n'est donc pas toujours suffisante pour l'adoption d'un comportement de santé. (Meyer et Verlhac, 2004)

L'auto-efficacité est intégrée dans le modèle comme participant aux ressources pour faire face au danger (coping). La motivation ou l'intention d'adopter un comportement de santé dépend de l'appréciation qu'une personne fera de ses ressources disponibles pour faire face à la menace (appréciation du coping). À côté du sentiment d'auto-efficacité (capacité perçue ou confiance en ses capacités à adopter un comportement de santé spécifique), deux autres éléments sont pris en compte : le coût de la réponse et l'efficacité de la réponse (efficacité perçue des recommandations et des moyens mis à disposition des individus pour les aider à modifier leurs comportements de santé). (Meyer et Verlhac, 2004).

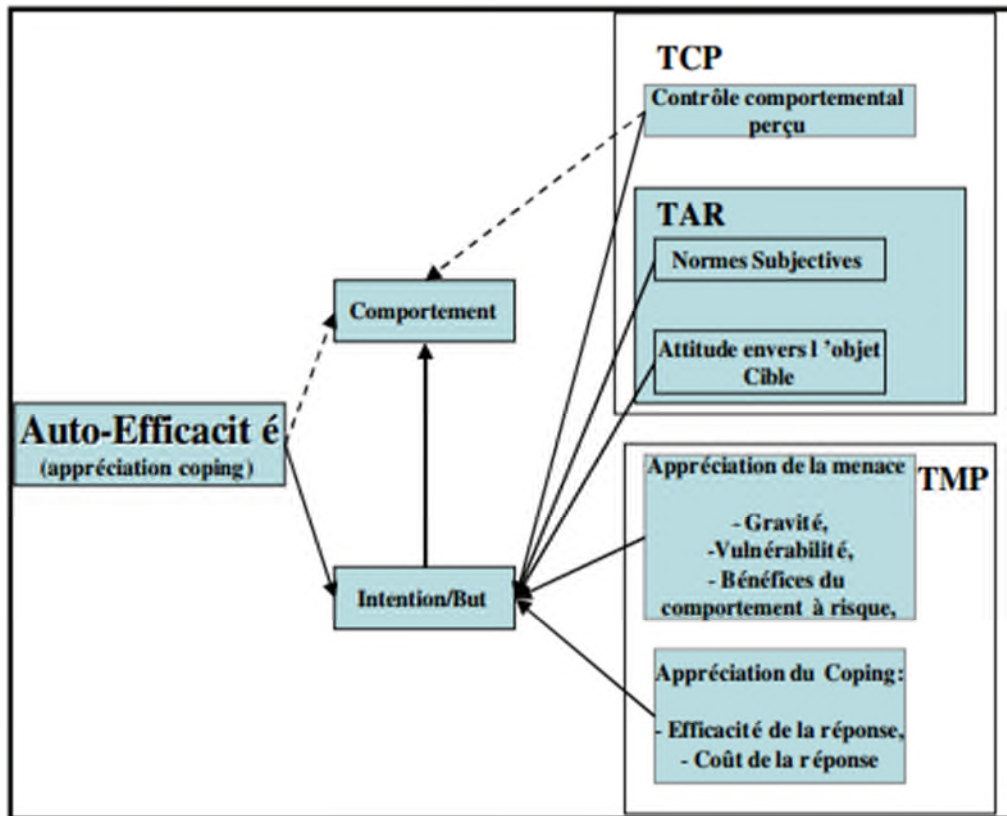


Figure 1 :L’auto-efficacité comme variable indépendante ou variable exogène utilisée dans les modèles TAR/TCP (théorie de l’action raisonnée/théorie de l’action planifiée) et TMP (théorie de la motivation à la protection). Les autres composantes des différents modèles sont présentées.

6.2. L’auto-efficacité comme variable intermédiaire

D’autres modèles ont pris en compte l’auto efficacité de manière plus complète et plus centrale. L’auto-efficacité est posée comme susceptible d’être sous l’influence d’autres facteurs, en particulier comme suggéré par Bandura l’attente de résultats de l’action. L’approche des processus d’action de santé va dans le sens de cette suggestion et approfondit le rôle de l’auto-efficacité à toutes les phases relatives à la modification de l’intention et de son implémentation en termes d’action. (Meyer et Verliac,2004).

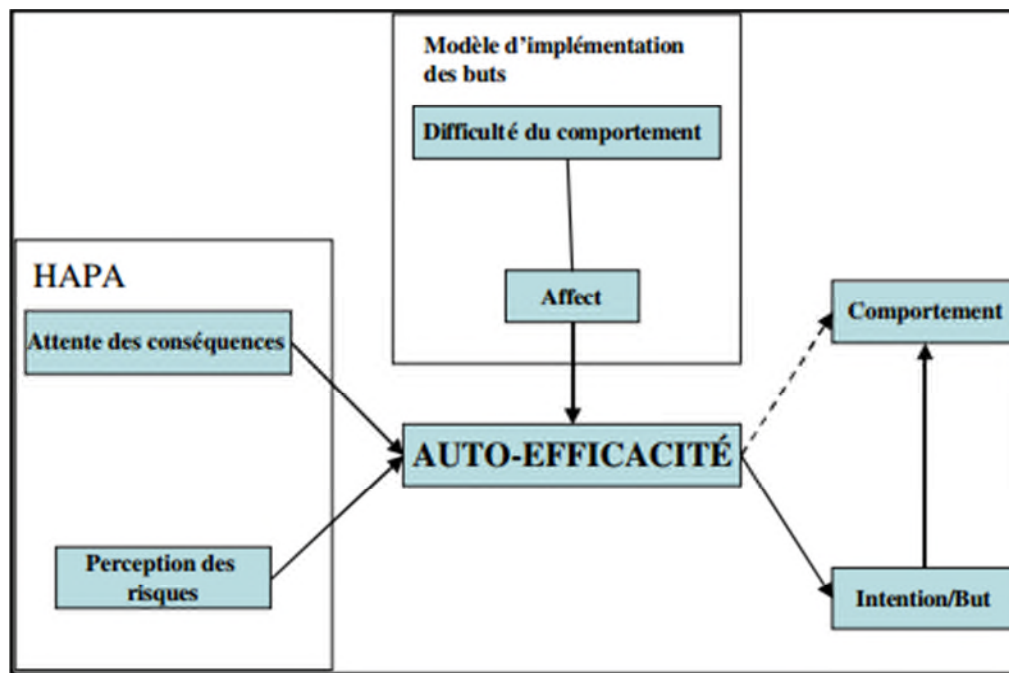


Figure 2 :L'auto-efficacité comme variable médiatrice ou intermédiaire : exemple d'application dans le domaine de la santé avec les modèles d'Implémentation des buts (Bagozzi & Edwards, 2000) et l'Approche des Processus d'Action de Santé (Schwarzer & Fuchs, 1995, 1996).

➤ L'approche des processus d'action de santé

L'Approche des Processus d'Action de Santé de Schwarzer et Fuchs (HAPA : Health Action Process Approach, 1995, 1996) a donné une place médiatrice à l'auto-efficacité.) Celle-ci intervient entre d'un côté la perception des risques (menace) et les attentes de résultat, et de l'autre l'intention/but (cf. figure 2). La perception des risques et les attentes de résultats du comportement de santé interviennent dans les premières phases qui fixent la motivation au changement. Les individus évaluent ainsi leurs chances de réussite personnelle selon le pour et le contre des conséquences d'un changement de leurs comportements. Dans un premier temps, l'évaluation des conséquences d'un changement est tout d'abord indépendante des capacités perçues, et porte plutôt sur la possibilité d'un changement et de sa réussite (contrôle perçu : perdre du poids n'est pas un pari impossible). Dans un second temps, les individus s'interrogent sur leur capacité personnelle à modifier leurs comportements de santé dans le sens de l'objectif qu'ils souhaitent se fixer. Cette dernière phase conditionne la prise de décision. Le modèle HAPA complète les approches précédentes (TAR, TCP, TMP) en prenant en considération les antécédents immédiats de la phase d'action ou d'implémentation de l'intention. (Meyer et Verliac, 2004)

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

➤ L'implémentation de l'intention/but

Une fois que l'intention/but des individus est fixée (par exemple : j'ai l'intention d'arrêter de fumer), la mise en œuvre du comportement de santé doit être planifiée et les moyens de résoudre les contraintes et barrières sont à circonscrire (où, quand, comment faire pour arrêter de fumer). Cette planification de l'action est d'ailleurs le pivot de l'intervention de professionnels de la santé qui aident les patients dans cette mise en œuvre. Il apparaît que le sentiment que les individus auront de pouvoir mettre en œuvre de tels programmes d'action jouera un rôle prépondérant dans la réussite définitive de leur projet. Ce sentiment joue son rôle tant au niveau du maintien dans le temps du comportement de santé que de son recouvrement en cas de rechute (reprendre le programme prévu pour le sevrage tabagique après avoir repris accidentellement la cigarette). Autrement dit, l'auto-efficacité intervient à tous les niveaux de l'implémentation de l'intention/but. Ce dernier point suggère que les apports bénéfiques de l'auto-efficacité sur la réussite de l'implémentation de l'intention/but dépendent également des conditions de réalisation des buts. (Meyer et Verhliac,2004).

Bagozzi et Edwards (2000) ont exploré, auprès de jeunes femmes adultes, les effets des difficultés de réalisation d'un plan d'amincissement sur la relation entre leur auto-efficacité et l'atteinte de leurs objectifs (faire des exercices quotidiens, pratiquer des sports). Quand le programme a des conséquences affectives trop fortes (je déteste courir ou marcher) ou bien, quand les conditions de réalisation du comportement de santé sont trop difficiles et compromettent la réussite du projet (je termine tard les soirs, je m'occupe de mes enfants, c'est trop tard pour faire du sport), les effets bénéfiques de l'auto-efficacité sur l'atteinte des objectifs disparaissent. Autrement dit, pour les actes difficiles à implémenter le praticien se doit d'éviter de proposer un plan d'action qui dépasse les ressources dont disposent les individus, (Bagozzi, R.P. & Edwards, E.A. 2000 cité par Meyer et Verhliac,2004)

7. Le rôle de sentiment d'efficacité personnelle dans le changement psychothérapeutique

Le concept de sentiment d'efficacité personnelle est issu de la pratique des psychothérapies comportementales et sa première fonction était d'expliquer le mécanisme des techniques de « modeling ». Une fois toute la psychologie et la psychopathologie de l'action réinterprétées par une théorie qui donne une valeur centrale à ce concept, on s'aperçoit que cette conceptualisation systématique donne en retour un sens nouveau aux pratiques thérapeutiques qui l'avaient initialement inspirée. Bien sûr, la théorie sociocognitive confirme que l'objectif d'accroître le sentiment d'efficacité défaillant est central et qu'il est commun à de nombreux procédés psychothérapeutiques préconisés dans les divers troubles psychologiques évoqués. Mais, d'une manière plus radicale, c'est tout le travail thérapeutique qui est repensé à la lumière du souci d'augmenter ce sentiment d'efficacité personnelle. Bandura insiste en effet sur l'attention particulière qui doit être réservée aux motivations initiales du patient à l'égard de la thérapie puisque ce sont elles qui vont essentiellement contribuer à l'amorce et au maintien du changement thérapeutique. (Bandura, 2003 cité par Carapato et Jean-Michel, 2004).

La croyance des patients en leur efficacité à effectuer des tâches thérapeutiques, à surmonter les obstacles au suivi régulier du traitement et à persévérer en dépit des faux-pas, est le principal constituant de la motivation initiale pour le traitement. D'où la nécessité d'augmenter et de veiller, dès le début de toute prise en charge thérapeutique, au sentiment d'efficacité personnelle du patient ayant pour objet la thérapie elle-même. (Carapato et Jean-Michel, 2004).

Dans cette perspective, les expériences de maîtrise encouragée et guidée par le thérapeute ne sont pas simplement des procédés thérapeutiques destinés à combattre tel symptôme particulier, ce sont aussi et peut-être surtout des moyens de renforcer la croyance du patient dans sa capacité de changer en thérapie. Il est donc essentiel que le thérapeute choisisse, pour ces expériences de maîtrise guidée, des situations qui vont amener le patient à mettre en question son sentiment d'inefficacité. (Carapato et Jean-Michel, 2004).

Dans cette mise à l'épreuve, le psychothérapeute endosse le rôle de guide et de modèle puisqu'il n'hésite pas à guider le patient dans sa quête de comportements et d'attitudes plus

CHAPITRE II Le sentiment d'efficacité personnelle

adaptées, promotrices, à plus ou moins long terme, de meilleure adaptation et d'augmentation de son bien-être.

- **Conclusion**

La théorie de l'auto-efficacité s'enracine dans une perspective sociocognitive selon laquelle interagissent trois types de facteurs dans l'existence humaine : le comportement, les facteurs personnels, et l'environnement.

L'auto-efficacité agit comme un mécanisme autorégulateur central de l'activité humaine. la confiance que la personne place dans ses capacités à produire des effets désirés influence ses aspirations, ses choix, sa vulnérabilité au stress et a la dépression, son niveau d'effort et de persévérance, sa résilience face a l'adversité.

- **Préambule**

Notre société est de plus en plus sensible aux méfaits associés à la sur consommation de la drogue. Les accidents de la route dus à des conducteurs intoxiqués, la propagation du sida chez et par des toxicomanes, la négligence parentale, la consommation de drogue chez les jeunes de la rue, alors comment aider ces gens à se libérer de leur consommation ? Et quelle sont les moyens les plus efficaces de prévenir la toxicomanie dans la population ?

1. la toxicomanie

1.1. Aperçue historique

Le cannabis apparut aux états unis vers 1910 en provenance du Mexique la consommation s'est ensuite graduellement généralisée à toute la planète depuis 1970, la cocaïne de 1925 à 1975 peu de choses furent rapportées sur la cocaïne, elle restait très limitée aux milieux artistiques et de spectacle.(b.marc et simon, 2002)

L'héroïne en 1920 aux états unis la chambre représentants interdit l'importation, la fabrication et la vente de l'héroïne, qui cessèrent en 1924, le relais fut alors pris par les importations illégales.(Marc et Simon,2002).

1.2. définition de La toxicomanie

toxicomanie-troubles mentaux, apparu à la fin des années 1970, s'est rapidement développé par la suite pour prendre une place prépondérante dans la documentation scientifique et les préoccupations des cliniciens (Brochu et Mercier, 1992, Cité par Louise 1998).

La survenue d'une maladie a été décrite par les épidémiologistes comme la conséquence d'une interaction entre un hôte, un agent et un environnement (marc et simon 1976).

Zinberg(1984), affirment que la toxicomanie est la rencontre entre une personne, un produit et un environnement, ainsi est décrit comme une problématique aux multiples facettes

Telle la consommation à l'excès, elle est associée à un ensemble d'autres dimensions : biologiques, psychologiques, et sociales et ce, de façon antécédente, contaminant et conséquente (Guyon et Landry, 1996 cité par Louise 1998).

Alors la toxicomanie est multidimensionnelle dans la mesure où différents secteurs sont touchés directement par le phénomène de la dépendance à une substance psycho active (Louise, 1998).

1.3. La drogue

Toute substance pharmacologiquement active sur l'organisme, réputée donner lieu à une dépendance ou produit psycho actif ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance dont l'usage peut être égal ou non pour plusieurs objectifs :

- satisfaire la curiosité ou le désir d'expérimentation afin de connaître l'effet du produit.
- chercher de l'évasion.
- Répondre aux pressions de groupe (groupe de rock)
- Besoin d'assurance et de confiance en soi pour faire face aux problèmes
- Réduire l'anxiété, oublier une peine ou un échec (P. BOYER, J.-D. GUELFI, C.-B. PULL, M.-C. PULL, 2000 cité par Laidli, 2008).

Selon l'Académie de Médecine la drogue est une substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations de plaisir, conduisant à un usage répétitif qui conduit à la performance de cet effet et à prévenir les troubles psychiques (Laidli, 2008).

1.4. Substance psycho active ou SPA

Est un produit qui a pour propriété d'affecter le système nerveux central (S.N.C) et d'altérer l'état de conscience. (Louise, 1998)

1.5. L'intoxication

Est la consommation de grande quantités par occasion, autrement dit, c'est la consommation d'une SPA lorsque l'accumulation progressive du produit est telle que l'élimination est inférieure à l'absorption, cette intoxication conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative (Louise, 1998).

1.6. Les types de drogues

Classifications des drogues selon les effets :

➤ Classification de Lewin :

- La classe europaica analgésiques et euphorisants (opiacés-cocaïne)
- La classe phantastica : hallucinogènes (cannabis)
- La classe inebriantia (alcool)
- La classe hypnotica(chloral)
- La classe excitentia , stimulants (plantes, tabac)

➤ Classification de thuillier et pelecier 1991 :

- Les stimulantes : tabac, cocaïne, crack
- Les hallucinogènes perturbantes : cannabis et produit dérivés(les colles et solvants)
- Les dépresseurs : alcool (benzodiazépines). (marc et simon 2002).

	opiacés	cocaïne	mdma	Psycho-stimulants	Cannabinoïdes	benzodiazépines
Dépendance physique	Très forte	Faible	Très faible	Faible	Faible	Moyenne
Dépendance psychique	Très forte	Forte		Moyenne	Faible	Forte
Neurotoxicité	Faible	Forte	Très forte	Forte		
Toxicité générale	Forte	Forte	Eventuellement forte	Forte	Très faible	Très faible
Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	faible	Faible	faible	Faible

Tableau n° 1 : les différents facteurs de dangerosité des drogues (louise 1998)

1.7. L'action des S.P.A

➤ Au niveau neurologique

Les S.P.A agissent de différentes façons sur l'action des neurones et des transmetteurs, identifient huit modes d'action.

- Parmi ceux-ci on constate qu'une drogue peut :
 - Augmenter ou diminuer la synthèse d'un neurotransmetteur.
 - Empêcher qu'un neurotransmetteur soit récapité par le neurone ou désagrégés par une enzyme.
 - Provoquer la libération prématurée des neurotransmetteurs.
 - Stimuler les récepteurs d'un neurone en usurpant la place d'un neurotransmetteur naturellement produit par le S.N.C.
 - Bloquer l'activité d'un récepteur, empêchant le passage de l'influx nerveux. (louise, 1998)

Toutes les substances (cocaïne, alcool, héroïne, médicaments.....) qui peuvent déclencher une dépendance chez l'homme ont la propriété d'interférer le S.N.C. (Polemini. Didier. Celereir, 2005).

➤ L'action des S.P.A au niveau comportemental

En reconnaît deux principaux modes d'action des S.P.A qui relèvent des lois d'apprentissage qui s'inscrivent biologiquement dans ces processus neurophysiologique :

- Le renforcement positif : les drogues sont consommées parce qu'elles procurent un plaisir.
- Le renforcement négatif ; les drogues apportent un soulagement d'un, état ou d'une situation désagréable, soulagement de l'anxiété ou du doleur.

D'autres mécanismes sont associés a l'action des drogues, et ils ont pour objet les autres dimensions-le produit et le contexte-mises en cause dans la toxicomanie. (louise, 1998)

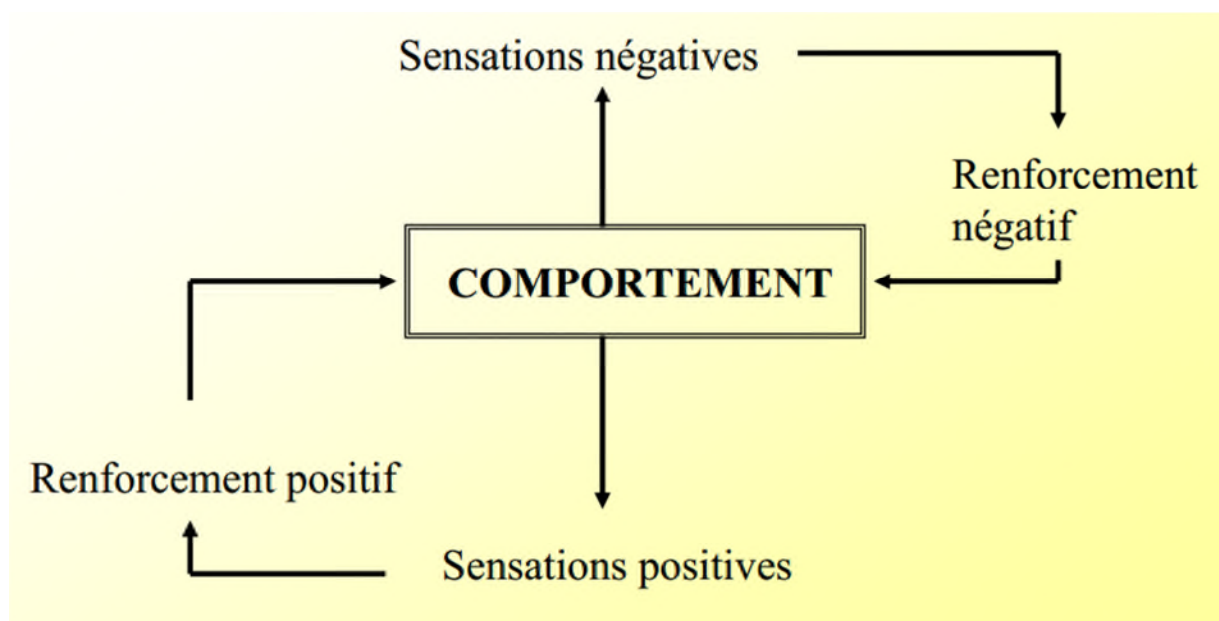


Figure 3 : Fumer Est Un Comportement (Joëlle, 2017)

1.8. Chiffres et statistiques

En attendant le lancement de l'enquête, une profusion de chiffres et de statistique émanant de différentes institutions de l'état donnent un aperçu des proportions de plus en plus inquiétantes que prend le phénomène.

Pour les trois corps de sécurité à l'échelle nationale, Gendarmerie, Sûreté et Douanes, les saisies de drogues dites dures ont augmenté de plus de 6 800% pour la cocaïne, de 100% pour le crack et plus de 658% pour l'héroïne, et cela, pour seulement les 11 premiers mois de l'année 2015, (LOUKIL, 2016).

Pour se rendre compte de cet état de fait, rien ne vaut un comparatif chiffré pour évaluer la progression du fléau au niveau national. L'un des repères les plus révélateurs de l'évolution de la commercialisation des narcotiques est le nombre et les quantités de ces produits saisis par les différents services concernés. Ainsi, de 1,2 tonne de cannabis saisie en 1993, le chiffre est passé 16 tonnes en 2007 contre 9,6 tonnes en 2005. En 2006, 757 plants de cannabis ont été saisis et 6260 lors de la découverte d'une plantation à Adrar en avril 2007 par la gendarmerie nationale. Concernant les psychotropes 319014 comprimés ont été saisis en 2006. Les statistiques du ministère de la justice font état de 86832 affaires de drogue traitées entre 1994 et 2004, dont 12996 en 2004 contre 3448 en 1994 ; précisent que 84,85% de personnes condamnées avait moins de 35 ans. En 2007, le nombre d'affaires liées au trafic de stupéfiants et de substances psychotropes enregistrées par la police nationale était de 4093 mettant en cause 5767 personnes, outre la saisie de 8371,828 KG de résine de cannabis, et 20,677kg de cocaïne ainsi que 104491 comprimés psychotropes. (Groupe Pompidou, 2008)

Selon une évaluation initiale sur trois années effectuée par le service pharmacologie et toxicologie du CHU d'Oran sur des personnes ayant suivi une cure de désintoxication, la quasi totalité des patients, soit 97%, étaient de sexe masculin, 87% des célibataires vivant avec leur famille. 13% des salariés et seulement 3% avaient un niveau d'instruction universitaire. De son côté, l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie précise que les jeunes âgés entre 18 et 25 ans représentent 43,5% des consommateurs et les 25 à 35 ans 38%. (Laidli, 2008)

2. La dépendance

2.1. Définition

L'addiction vient du latin ad-dictum signifiait abandonné a utilisé dans la langue française au moyen âge avant de disparaître ,ce terme désignait un arrêt de justice ,obligeant un débiteur dans l'incapacité de remplir ses fonctions et ses obligations ;de payer de son corps et ses actes ;était alors (prisonnier) ou même esclave ;la langue anglaise l'a ensuite utiliser pour designer la soumission d'un apprenti pour son maitre de même aujourd'hui l'individu dépendant et esclave de sa drogue(Oihana, 2008)

La dépendance a un sens large que le phénomène d'addiction, elle est un des facteurs permettant d'évaluer l'importance des risques enjointrais par les drogues.

Aussi définit comme un état psychique parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion a prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et par fois éviter l'information de son absence (Laidli ,2008) .

Dépendance physique	Etat adaptatif caractérisé par l'apparition des troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue
Dépendance psychique	Etat dans le quel une drogue utilisée régulièrement provoquer un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique
Tolérance	Dimension des effets entraînés par une même dose de drogue justifiant une augmentation progressive de celle ci pour obtenir le même effet

Tableau n° 2 : dépendance physique, dépendance psychique et tolérance selon L'OMS (Laidli ,2008).

2.2. Les stades de la dépendance

Met en cause différents mécanismes neurologiques et comportementaux qui diffèrent selon les stades évolutifs, mais non immuable du processus de dépendance (altman et coll, 1996, Meyer, 1996 cité par Louise, 1998)

- Il est possible de distinguer quatre stades :
- L'initiation ou l'acquisition du comportement, soit l'habitude de consommer.
- L'utilisation régulière de grandes quantités de produits.
- La perte de contrôle ou stade avancé de dépendance.
- La dépendance. (Louise, 1998)

2.3. Critères d'abus et de dépendance selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (DSM-4)

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significatives, caractérisées par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeurs, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absence, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
- utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance
- utilisation des substances malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de la substance (exemple : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)
- la substance est souvent prise en quantité plus importante ou longtemps que prévu.

- incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter.
- apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage.
- existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante ; l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant.
- beaucoup de temps passé à se procurer la substance ; à la consommer ou à se remettre de ses effets .
- réduction ou abandon d'activités sociales ; professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance .
- .persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes (Oihana, 2008)

3. Le sevrage

lorsque une personne arrête de manière ou progressive la prise d'une substance psycho active, ou par la prise d'une substance psycho active, on parle de sevrage on peut lier le sevrage à toute de séparation mais on l'utilise principalement pour décrire les symptômes qui un arrêt progressif ou brutal des doses de médicaments ; drogues ; substances ; alcool ,le sevrage intervient à suite à une dépendance .(marc et simon, 2002)

Le sevrage est une option thérapeutique proposé aux sujets physiquement dépendants à des substances psycho actives.

3.1 Définition

Le syndrome de sevrage est un ensemble des symptômes dans l'arrêt brutal de la consommation d'une substance psychotrope, son intensité varie en fonction des substances et des doses consommées mais aussi selon le contexte socioculturel et l'état de la personne. (Oihanna, 2008)

C'est un ensemble des troubles somatiques consécutifs à l'arrêt brusque d'un toxique ; chez un sujet en état de dépendance physique spécifique à chaque type de toxicomanie. Plus la durée d'action de la substance est longue plus le délai d'apparition du syndrome de sevrage sera long. Les symptômes dus à ce syndrome sont très variables d'une personne à l'autre. (Laidli, 2008)

3.2. Les symptômes de sevrage

- On décrit des signes mineurs de sevrage et des accidents graves compliquant :
 - TROUBLES SUBJECTIFS : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars.
 - TROUBLES NEUROVEGETATIFS : sueurs, tremblements, hyperthermie, tachycardie, hypertension.
 - TROUBLES DIGESTIFS : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée. (Lemprière et Féline, 2006)

- Pour poser le diagnostic de sevrage à la drogue, le DSM4 exige la présence des critères suivants :
 - humeur dysphorique /dépressive
 - insomnie
 - irritabilité/frustration/colères
 - anxiété
 - difficultés de concentration
 - fébrilité
 - diminution du rythme cardiaque
 - augmentation de l'appétit/prise de poids
 - la surdose, qui peut conduire au coma avec dépression respiratoire. (Julien, 1996)

➤ **la contamination par virus de sida (7% des utilisateurs)**

- les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement
- les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont mieux expliqués par autre trouble mental. (Liadli, 2008).

➤ **Les troubles additifs regroupent :**

Alcoolisme, toxicomanies, tabagisme et addictions comportementales (ex : jeu, internet), les substances psycho actives à risque de dépendance (alcool, tabac, drogues...etc) agissent sur le circuit de récompense du cerveau. Ce circuit est impliqué dans le plaisir lié à des comportements, notamment de nutrition et de reproduction de l'espèce.

Les substances psycho actives sollicitent anormalement ce circuit naturel et entraînent la possibilité de son déséquilibre permanent .plus on consomme un produit à des doses toxiques, plus on en subit les conséquences. A l'inverse, moins on consomme un produit, ou si on le consomme à des doses toxiques, moins on en subit les conséquences (Polemini. Didier. Celereir, 2005)

➤ **Le DSM 5 elles proposent une description clinique de syndromes**

- un désir puissant de prendre la substance
- une difficulté à contrôler la consommation
- une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives.
- un désinvestissement progressif des autres activités et obligations, au profit de cette substance
- une tolérance accrue et parfois un syndrome de sevrage physique.

- Cocaïne : dépendance physique faible et dépendance psychologique forte mais intermittente.
- Benzodiazépines : dépendance physique moyenne et dépendance psychologique forte.
- Ecstasy : dépendance psychique très faible et dépendance physique inconnue.

- les faits l'usage de drogues et la toxicomanie constituent un problème de santé publique ayant les conséquences graves sur le développement et la sécurité. (D.S.M 5 cité par Louise, 1998).

Les troubles les plus fréquemment recensés a sont l'anxiété et la dépression, la somatisation et l'hypomanie, les troubles de la pensée (Marc et Simon 2002).

4. traitement et prise en charge

La toxicomanie peut souvent être traitée de manière efficace a l'aide de médicaments peut couteux et de simple interventions psychologiques et chercher à suivre le plus régulièrement possible le toxicomane son suivi sera psychologique, psychiatrique, médical et éducatif (Freidberg, 1996).

- le traitement de la toxicomanie peut intégré aux soins de santé primaire.
- des dispensateurs de soins non spécialistes peuvent mener des interventions de santé mentale moyennant une formation appropriée.
- des mesures de sensibilisation à l' intention des patients motivés.
- Des interventions a plus long terme axées sur la guérison et le programme commun :
- assure la direction d'une action concertée a l'échelle mondiale en vue d'améliorer l'accès aux service de traitement et de prise en charge des troubles liées a la consommation de drogues et la qualité de ces services dans les pays a revenu faible ou intermédiaire.
- Encouragé la mise au point de système de traitement complets et intégrés propos a permettre la continuité des soins dispensés aux consommateurs de drogues et a assure un lien entre les services aux niveaux local et national.
- passe en revue les besoins des populations, les cadres législatifs et les services et programmes disponibles en matière de traitement de prise en charge de la dépendance aux drogues
- appuie la révision des politiques et des législations en vue de trouver un équilibre en matière de drogue et de favoriser une prévention; un traitement et une prise en charge efficaces et respectueux de la dignité humaine.

- soutient des réseaux régionaux de prestataires de services de qualité dans les domaines du traitement de la dépendance aux drogues ; de la protection sociale et de la prévention et des soins relatifs. (Polemini. Didier. Celereir, 2005).

Le traitement doit commencer plusieurs heures après la dernière prise de substances psycho active, il faut en effet attendre l'apparition les premières symptômes de manque, pour éviter tout risque de surdosage ou de manque brutal (Marc et Simon, 2002,)

4.1. Le cadre des interventions thérapeutique

4.1.1. Thérapie individuelle

Le plus souvent la TCC en entretien individuel se fera en alternance avec la thérapie de groupe et la thérapie de famille (ou avec une personne importante pour le patient) .elle sera utilisée seule quand le patient est très réticent pour toute approche en groupe ou familiale ou bien quand la famille n'existe pas ou n'est pas disponible ou coopérant. (Louise, 1998)

4.1.2. Thérapie de groupe

Le groupe permet un travail comportemental, cognitif et est très souhaitable pour l'entraînement aux habiletés sociales.il n'est pas obligatoire que le groupe soit uniquement constitué de patients toxicomanes, et la participation des conjoints est souvent utile. (Polemini. Didier. Celereir, 2005)

4.2. Dimension médicale

4.2.1. Somatique

Elle doit tenir compte : a l'impact des psychotropes et des additifs contenus dans les produits utilisés, et les pathologies intercurrentes. (Groupe Pompidou, 2008)

4.2.2. La prise en charge psychiatrique et pharmacologique

Le traitement pharmacologique, comme son nom l'indique, est constitué d'un apport médicamenteux. Certains médicaments servent de substitut à la SPA en produisant les mêmes

effets, tout en étant moins nocifs. C'est le cas de la méthadone, de la gomme à la nicotine ou des implants de nicotine. D'autres médicaments servent à contrer les effets d'euphorie de la substance, comme la naltrexone ou Revia qui inhibe les effets sédatifs de l'héroïne et de l'alcool (Freidberge, 1996)

certains médicaments produisent une réaction très désagréable lorsqu'ils sont utilisés conjointement avec la SPA, tel le disulfiram, qui provoque des malaises physiques désagréables lorsque le sujet consomme de l'alcool. Les deux dernières catégories de médicaments produisent des résultats mitigés principalement à cause des problèmes d'adhésion au traitement. Les patients cessent en effet de suivre le traitement pour retrouver les effets euphorisants de la substance dont ils sont dépendants. Par contre, l'utilisation de la naltrexone en conjonction avec une thérapie axée sur les habiletés sociales s'est montrée efficace dans les essais cliniques auprès de personnes dépendantes à l'alcool (Volpicelli et coll., 1992 cité par Freidberge, 1996).

C	Conseil : pour donner un conseil, un avis adapté, pour proposer un aide.
A	Alliance : rétablir une alliance thérapeutique, basée sur l'empathie, la compréhension.
D	Définir : il d'abor définir ensemble : <ul style="list-style-type: none"> • les conséquences de la consommation • les modalités de la consommation • les liens entre les conséquences et les modalités de consommation • les objectifs à atteindre
R	Responsabilité : en rappelant que sa consommation relève de sa responsabilité.
E	Encourager : il convient d'encourager le patient, de le renforcer dans ses capacités à changer son comportement et à atteindre ses objectifs, de le valoriser, de développer le sentiment de sa propre efficacité
S	Stratégies : lui proposer alors un éventail de stratégies thérapeutiques dans lesquelles il peut choisir celle qui lui convient en fonction de ses propres objectifs

Tableau n 3: le déroulement de travail thérapeutique avec les toxicomanes (Groupe Pompidou, 2008)

• CONCLUSION

Le traitement des toxicomanes est un traitement a priori complexe et de longue durée et aussi une équipe multidisciplinaire : psychologues, psychiatres, sociologues et médecins.

Même l'état algérien doit lutter contre toute sorte de relations avec la drogue ; comme est bien précisé dans la loi numéro 04-18 DU 13dhoulkaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et la répression de l'usage et de trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes. Et aussi les articles de la même loi chapitre 3 DISPOSITION Pénal ARTICLE 12 « est punie d'un emprisonnement de 2 mois à 2 ans et d'une amende de 5000 DZ A 50000 ; ou de l'une de ces deux peines toutes personnes qui ,d'une manière illicite, consomme ou détient à usage de consommation de psychotropes .ainsi l'article 17-est punie d'un emprisonnement de 10 ans à 20 ans et d'une amende 5.000.000 DZ à 50 .000.000 DZ toutes personnes qui ,illicitement ,produit, fabrique, détient ,offre ,met en vente ,vend, acquérir ,acheter pour la vente ;entrepose ,extrait ,prépare ,distribue ,livrer à quelque titres que ce soit fait de courtage ,expédie, fait transiter ou transporte des stupéfiants ou des psychotropes.

La tentative des ces infractions est punie des mêmes peines que l'infraction consommée (Loi 04-18 DU 13dhoulkaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et la répression de l'usage et de trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes.).

Préambule

Pour effectuer une recherche d'abord nécessite une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain fertile de recherche ensuite une population d'étude et des outils d'investigation.

Pour réaliser notre recherche et le recueil des données, nous avons choisi d'appliquer le teste de sentiment d'efficacité personnelle de schwarzer, et pour compléter ce teste nous avons aussi envisagé un entretien semi-directif.

1. Présentation du lieu de l'étude

Notre étude a été effectuée en premier lieu à l'établissement des soins et de la santé publique « iheddaden » Bejaia, dans le service des soins addictologique (CISA), et pour les différentes raisons surtout le manque des cas recherchés à L'EPSP de Bejaïa nous avons cherché notre échantillons dans un cabinet privé.

Le service des soins addictologiques à L'EPSP IHEDDADEN été inauguré le début de l'année 2008, les missions de CISA sont : l'accueil, la prise en charge médico-psychologique et l'accompagnement des personnes souffrant d'une addiction aux substances ou d'une addiction comportementale, l'élaboration d'un projet thérapeutique, l'information et la sensibilisation sur les dangers des drogues et sur le retentissement des conduites addictives.

Le médecin responsable du CISA est assisté par un ou plusieurs : médecins généralistes, psychologues, assistantes sociales ergothérapeutes infirmiers diplômés et notre lieu d'étude le CISA D'IHEDDADEN se compose de : deux psychologues, quatre psychiatres, un médecin généraliste et un sociologue une équipe dynamique qui permet le bon déroulement des soins.

2. L'échantillon de l'étude

Notre échantillon d'étude est constitué de 10 cas que nous avons choisis aléatoirement.

Notre échantillon d'étude est des consommateurs de drogue sont orienté vers le centre pour des soins addictologiques et qui sont en période de sevrage, où nous avons entretenu avec 07 cas, dont 03 cas au cabinet privé.

Nous avons collecté des renseignements personnels et des informations relatives aux différents symptômes pendant la période de sevrage de notre échantillon qui contient 10 cas de différentes tranches d'âge et statue sociale (des sujets instruits et non instruits).

3. La méthode utilisée :

Dans notre recherche nous avons basé sur la méthode descriptive qualitative qui permet d'étudier, d'analyser et surtout d'observer notre échantillon de recherche, pour répondre aux objectifs de la recherche.

Aussi nous avons appuyé sur cette méthode qui vise à comprendre le phénomène à l'étude, il s'agit d'établir le sens des propos recueillis ou de comportement observés. Nous avons basé sur l'étude de cas, ces méthodes font d'avantage appel au jugement, a la finesse de l'observation ou a la compréhension de vécu des personnes (Maurice, A, 1997), la méthode qualitative produit et analyse les données descriptives, tels que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes.

4. Les techniques utilisées

4.1. L'échelle d'auto-efficacité (voir l'annexe n°02)

La version originale de cette échelle a été écrite en langue allemande. D'abord constitué de 20 items, elle a plus tard été réduite a dix (schwarzer,1993). Lors de la passation, chacun des dix énoncés (exemple : peu import ce qui m'arrive, je suis capable d'y faire face généralement) doivent être coté par les jeunes participant sur une échelle likert de 1 a 4 (1 : pas de tout vrai, 4 : totalement vrai). On obtient alors un score global d'auto-efficacité

générale sur 40 (SEP/40) qui représente une dimension stable de la personnalité. La version originale allemande de l'échelle, dans la fidélité et la validité été établi avec un petit échantillon d'étudiants universitaire (Schwarzer, 1993), a été traduite dans plusieurs langues.

➤ **La cotation de l'échelle :**

Un score de sentiment d'efficacité personnel est de 40

- Un score élevé est de (35 et +)
- Un score moyen est de (30 et +)
- Un score faible est de (29 et -)

4.2. Guide d'entretien (voir l'annexe n°01)

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Elle peut faire partie des outils clinique destiné à recueillir les données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé a un certain testes psychologique, d'échelles cliniques ou a l'observation directe avec les méthodes vidéo. (Hervé, b, et col, 1999).

L'entretien clinique de recherche est toujours associe a un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute de l'interviewer » (Blanchet, 1992)

Le guide d'entretien permet le recueil des informations généraux concernant le sujet traitant. Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 03 axes :

Axe n 01 : le renseignement personnel. Contient quatre questions visent à recueillir des informations personnels sur le sujet.

Axe n 02 : des informations sur la période de consommation de la drogue. Contient six questions sur la période de consommation pour connaitre la quantité et le type de la drogue.

Axe n 03 : des informations sur la période de sevrage. Cet axe est devisé sur deux plan chacun contient huit questions qui visent à s'informer sur les changements psychiques et physiques de sujet après son arrêt de consommation des S.PA.

5. les étapes de déroulement de recueil des données

Notre pratique s'est déroulée comme suit :

La rencontre avec des psychologues et les psychiatres de centre qui nous a donnée le nombre des patients suivi des cures de désintoxication, ensuite nous avons fixé des rendez-vous avec ses patients.

Après l'explication de l'intérêt de notre étude et après leurs accords nous avons entamé par la passation de teste de sentiment d'efficacité personnelle généralisé de schwarzer et ensuite on arrive aux questions de l'entretien respectant les normes de ces deux dernier.

6. les difficultés rencontrées

- Le manque remarquable de l'échantillon qui est en période de sevrage.
- L'insuffisance du temps et de matériel.
- Le manque des études antérieurs et la documentation.
- Nouveau thème inconnu au niveau de centre de la part des psychologues et psychiatres.

Conclusion

Afin d'évaluer le sentiment d'efficacité personnelle des toxicomanes durant la période de sevrage, on a effectué un stage pratique d'une durée de 60 jours. Dans un cadre clinique, en utilisant la méthode qualitative, et en utilisant deux outils de recherche : l'échelle de mesure de sentiment d'efficacité personnelle de schwarzer (S.E.P), entretien clinique semi directif.

1. Présentation et Analyse des résultats

➤ Analyse des résultats de 1^{er} cas :

Mr S.T est un jeune homme âgé de 23 ans, a obtenu un score de **23/40** sur l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle généralisée de Schwarzer, ce qui signifie qu'il **présente un faible sentiment d'auto-efficacité**.

A partir de l'entretien, cette personne manifeste des **symptômes de sevrage**, puisque il présente des troubles psychologiques, tel que l'anxiété et l'angoisse.

La personne confirme sa souffrance de tristesse « ...je suis toujours triste », en parallèle il nous a parlé sur la solitude et l'inquiétude comme des symptômes fréquents durant toute la journée «je n'aime pas parler avec les gens, j'évite le maximum de fréquenter les autres ».

Par contre il infirme l'existence des crises de paniques, mais il nous a assuré sur le manque de concentration comme une perturbation «Matêtec'est arrêté de penser et de concentrer, je pense que ça a des médicaments psychiatriques.... », En continuant sur le plan psychologique cette personne confirme que il est irritable.

Simultanément, cette personne nous a parlé sur la présence massive des symptômes physiques, comme les vomissements surtout la première journée après son arrêt brutal des substances, pendant les différentes périodes de la journée, ensuite le sujet présente des maux de tête permanents, au même temps une difficulté de dormir sauf avec les médicaments «des fois je passe des nuits blanches sans mes médicaments... ».

Cette personne nous a certifié une perte de poids remarquable après l'absence d'appétit qui justifie l'existence d'une anorexie « ...presque je ne mange pas toute la journée... »,

Sur le même plan la personne nous a démontré une présence des douleurs musculaires et des crampes, dans ces réponses il confirme l'existence des sueurs mais juste le premier jour.

Son dossier médical affirme d'autres perturbations telles que les agitations motrices et les crises épileptiques.

Finalement on constate que le sujet **présente un sevrage** depuis **11 semaines** et à travers ses réponses, on déduit que ce jeune homme présente un **sevrage difficile** vu le

nombre des symptômes apparaissent après l'arrêt brutal de substance sur les deux plan psychologique et physique.

➤ **Analyse des résultats de 2eme cas :**

Mr M.S un jeune homme âgé de 25 ans, étudiant, a obtenu un score de **35/40** sur l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle généralisé de schwarzer, ce qui signifie que Mr M.S **présente un sentiment d'auto-efficacité élevé.**

A partir de ses réponses sur notre entretien, ce jeune homme présente des **symptômes de sevrage**, soit sur le plan psychologique au bien physique.

Sur le plan psychique ce jeune homme confirme la présence d'un stress permanent qui lui dérange tout la journée, il dit «..... Je suis tout la journée stressé et sa me perturbe.... », Aussi ce jeune homme nous a confié qu'il est « Toujours triste et des fois j'ai des boules dans mon estomac et au niveau de ma gorge ... » ce que vu dire que ce jeune homme souffre de l'anxiété.

Par contre notre sujet infirme l'apparition de l'angoisse comme un symptôme, il est stable et il ne souffre pas de manque de concentration et ses résultats dans ses études confirme ça, Allant loin dans ses réponses ce sujet à infirmer sur l'existence de l'irritabilité, et la désorientation il a dit «Toujours tranquille appart le stress rien ne me dérange ».

Au même temps il a infirmé l'existence de l'inquiétude, et les troubles de sommeil et il n'est pas solitaire « J'aime parlé avec le gens... »

Sur le plan physique notre sujet infirme l'existence de tous les symptômes, absence des vomissements, agitations motrices, et douleurs musculaires, anorexie, sueurs, crise épileptique, il dit « Non j'ai jamais senti la présence de tous ses symptômes ... »

D'autre coté ce jeune homme nous a confirmé l'existence des maux de têtes mais pas tout le temps «Des fois ma tête me pique ... »

Alors finalement on constate que ce jeune homme présente **un sevrage** depuis **03 semaines** et à travers ses réponses sur les questions de notre entretien, on conclut que ce jeune homme nommé M.S **présente un sevrage facile** vu le **nombre des symptômes apparaissent** après l'arrêt de substances sur les deux plan physique et psychologique, et la **durée de sevrage qui est courte** par rapport à les autres cas.

➤ **Analyse des résultats de 3eme cas :**

Mr **K.** Sest un jeune homme de 34 ans marié, a obtenu un score de **29/40** sur l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle généralisée de Schwarzer, ce qui signifie qu'il **présente un sentiment d'auto-efficacité moyenne.**

A partir de l'entretien réalisé avec cette personne, nous avons constaté qu'il manifeste des **symptômes de sevrage.**

Le sujet présente des troubles psychologiques, comme la peur, il est toujours stressé, et surtout cette personne à confirmer notre question sur l'angoisse il dit « ...je me sens que je suis toujours ciblé... ».

Il infirme la présence des troubles de sommeil et les cauchemars ainsi l'inquiétude, il est calme et stable dans son travail d'ailleurs il infirme l'irritabilité, et qui n'est pas colérique. Il est solitaire « Rarement ou je parle avec les autres », Il souffre de manque de concentration.

Les symptômes de ce patient ne se limite pas sur le plan psychique mais aussi sur le plan physique par ce que il confirme l'existence des maux de têtes, ainsi une anorexie, il présente des douleurs musculaires «tous mes os se réclame..... »

Il infirme l'existence de nausées, vomissement, sueurs et des agitations motrices «Agitation ! Non jamais »

Finalement on constate que le sujet **présente un sevrage** depuis **04 semaines** et à travers ses réponses, on déduit que ce jeune homme présente un **sevrage moyennement difficile** vu le **nombre des symptômes** apparaissent après l'arrêt brutal de substance sur les deux plan psychologique et physique.

➤ **Analyse des résultats de 4eme cas :**

Mr (A.A) un homme de 43 ans a obtenu un score de **18/40** sur l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle généralisée de schwarzer, ce qui **signifie qu'il présente un faible sentiment d'auto-efficacité.**

A partir de l'entretien, nous avons constaté que ce sujet manifeste des **symptômes de sevrage**, vue la présence des troubles psychologiques comme le stress et surtout l'angoisse «je me suis toujours stressé et désorienter..... ».

Il présente des troubles de sommeil «Je n'arrive pas à dormir des nuits.... »; Il est irritable, toujours inquiet, et triste «J'arrive des fois à parler tous seul, j'ai arrêté de travailler j'ai négligé mon atelier.... ».

Il assure qu'il est toujours solitaire, et ces relations avec les gens sont restreintes, même ces problèmes il ne résout pas « Je me recule qu'on il s'agit d'un problème.... », Une absence totale de concentration

Chez cette personne, les symptômes ne se limite pas sur le plan psychique mais aussi physique car des fois il présente des nausées et des vomissements, il confirme l'existence des maux de têtes «ma tête me souffre chaque jour..... ».

Il présente une anorexie avec une perte de poids, aussi il présente des douleurs musculaires au niveau des épaules et dos, il infirme l'existence de sueurs.

D'après son dossier médicale a la psychiatrie le sujet manifeste des crises épileptiques apparue juste après l'arrêt de la consommation des substances, et une agitation motrice surtout en vers ces enfants et sa femme «quotidiennement ou je frappe ma femme et je cri sur mes enfants... »

Finalement on constate que le sujet **présente un sevrage** depuis **09 semaines** et à travers ses réponses, on conclut que cet homme présente un **sevrage difficile** vue le **nombre des symptômes** apparaissent après l'arrêt brutal de substance sur les deux plan psychologique et physique.

➤ **Analyse des résultats de 5eme cas :**

Mr B.F un homme âgé de 52 ans, célibataire à obtenu un score de **19/40** sur l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle généralisée de schwarzer, ce qui signifie qu'il **présente un faible sentiment d'auto-efficacité**.

A partir de l'entretien réalisé avec Mr B.F nous avons constaté que ce sujet manifeste des **symptômes de sevrage**, vue les troubles qui caractérisant cette personne soit sur le plan psychologiques au bien physique.

Evoquant le plan psychologique cette personne est très stressé et surtout angoissé, il présente des troubles de sommeil et des cauchemars «Pendant la nuit il mont viens des cauchemars ».

Notre sujet est anxieux et irritable, toujours inquiété, «Je suis toujours inquiété et toujours triste ».

En suite cette personne nous confirme la perte de plusieurs compétences de concentration « Je ne peux pas me concentré qu'ont il s'agit de travail.... ».

Sur le plan physique les symptômes sont présents massivement des il souffre des nausées et des vomissements « ...je vomit au milieu de la journée ... ».

Il confirme l'existence des maux de têtes «ma tête me souffre chaque jour..... »,Commeil présente une anorexie avec une perte de poids, des douleurs musculaires au niveau des articulations, il a reconnu la présence des agitations motrice comme un symptôme dominant

Par contre il infirme l'existence de sueurs sauf les premiers jours de l'arrêt de la consommation des substances

Finalement on conclut que cette personne **présente un sevrage depuis 08 semaines** et à travers ses réponses, on déduit que ce jeune homme présente un **sevrage difficile** vu le **nombre des symptômes** apparaissent après l'arrêt brutal des substances sur les deux plan psychologique et physique.

➤ **Analyse des résultats de 6eme cas :**

Mr A.H un jeune homme de 24ans, chômeur, célibataire a obtenu un score de **23/40** sur l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle généralisé de schwarzer, ce qui signifie qu'il **présente un faible sentiment d'auto-efficacité.**

D'après l'entretien réalisé avec notre sujet, on constate que cette personne manifeste des **symptômes de sevrage**, des troubles apparaissent chaque jour sur le plan psychologique et physique, après son arrêt brutal de la consommation de drogue.

Puisque la personne présente des troubles comme l'anxiété, il manifeste une angoisse permanente «l'angoisse et l'anxiété, oui c'est trop..... ».

Il présente aussi des inquiétudes et un stress quotidien et des troubles de sommeil, des cauchemars «Je trouve des difficultés à dormir..... », Une inquiétude et manque et absence totale de concentration surtout sur le travail « J'arrive à compléter mes tâches.... ».

En parallèle, sur le plan physique cette personne a confirmé l'existence des nausées et vomissements chaque matin, et des maux de tête « les maux de tête chaque soir avant de dormir..... »

D'une part cette personne a affirmé l'existence des sueurs parfois et des agitations motrices servant «Des fois j'arrive pas à contrôler le soi.... ».

D'autre part le sujet il a infirmé l'existence d'une anorexie «je mange normalement comme avant, et pas de problèmes de ce côté.... » ainsi les douleurs musculaires, les crampes et les crises épileptiques.

Notre sujet a parlé sur ces symptômes comme des troubles apparus depuis le premier jour lorsqu'il a **arrêté la drogue**, et qui a duré pendant **08 semaines**, alors à partir de ces réponses on conclut que cette personne présente **un sevrage difficile** et un nombre **très élevé des symptômes.**

Analyse des résultats de 7eme cas :

Mr S.T un homme âgé de 39 ans, célibataire, il a obtenu un score de **21/40** sur l'échelle du sentiment d'efficacité personnelle généralisé de Schwarzer, ce score signifie qu'il **présente un faible sentiment d'auto-efficacité**.

A partir de l'entretien réalisé avec cette personne, nous avons déduit l'existence d'un **sevrage** vu l'apparition de ces **symptômes** soit sur le plan psychologique et aussi physique et des changements et perturbations remarquables.

Sur le plan psychologique, d'abord cette personne il nous a confirmé l'existence de l'angoisse et l'anxiété « Je suis toujours angoissé et anxieux.... », Ensuite ce sujet parle sur le stress comme un symptôme permanent l'accompagne quotidiennement.

Aussi affirme l'irritabilité et le stress «....je suis stressé surtout pendant toutes les périodes de la journée.... », Ainsi une insomnie et difficulté de dormir, un manque de concentration, d'ailleurs il assure sur son échec dans la vie professionnelle.

Concernant notre question sur la perte d'appétit le sujet affirme l'existence d'une anorexie ou il a dit « Non, je mange régulièrement comme avant ».

En élaborant le côté physique cette personne confirme l'existence des nausées et des vomissements « oui j'ai des nausées et des vomissements surtout lorsque je mange quelque chose ou un truc ».

Ensuite notre sujet a parlé sur l'existence des maux de tête et des migraines presque chaque jour.

D'autre part cette personne affirme l'existence des douleurs musculaires et des crampes « ... les douleurs absolument non..... » et ainsi les sueurs et les agitations motrices.

Alors finalement on constate que le sujet présente **un sevrage depuis 07 semaines** et à travers ses réponses sur les questions de notre entretien, on conclut que cet homme nommé S.T **présente un sevrage difficile** vu le **nombre des symptômes** après l'arrêt de substances sur les deux plans physique et psychologique.

➤ **Analyse des résultats de 8eme cas :**

Mr B.L un homme âgé de 65 ans, ingénieur d'état en géologie, retraité, a obtenu un score de **31/40** sur l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle généralisé de schwarzer, ce qui signifie que Mr B.L **présente un sentiment d'auto-efficacité moyenne**.

A partir de ses réponses sur notre entretien, cette personne présente des **symptômes de sevrage** vue l'apparition des troubles à la fois psychologique tel que l'anxiété «quand je m'anxiété je marche tout le temps ».

Ensuite cette personne est stressé et traumatisé, et rarement ou il parle avec les gens, ou il nous a confié qu'il « ...a l'époque mon père m'a vraiment torturé, me frappe, alors tout ça m'a traumatisé et ma crier une souffrance morale.... ». Aussi une perte d'appétit.

Allant loin dans ses réponses ce sujet à confirmer sur l'existence de l'irritabilité, et la désorientation il a dit «Mes premier 15 min après le réveil sont difficile a les passée les premiers jours de l'arrêt, je ne sais pas ce que je peux faire.... », Mais au même temps il a infirmé l'existence de l'inquiétude, et troubles de sommeil.

Sur le plan physique notre sujet assure d'uncôté l'existence des agitations motrices, et douleurs musculaires insupportable.

D'autre coté cette personne nous a infirmé l'existence des maux de têtes, et aussi les nausées et vomissements, ensuite il a affaiblir la présence des sueurs et des agitations motrices.

Alors finalement on constate que le sujet présente **un sevrage** depuis **02 semaines** et a travers ses réponses sur les questions de notre entretien, on conclut que cet homme nommé B.L **présente un sevrage moyenne** vue le **nombre des symptômes apparaissent** après l'arrêt de substances sur les deux plan physique et psychologique.

➤ **Analyse des résultats de 9eme cas :**

Mr N.R un homme âgé de 38 ans célibataire, il a obtenu un score de **18/40** sur l'échelle d'efficacité personnelle de schwarzer, ce qui signifie qu'il **présente un faible sentiment d'auto-efficacité.**

D'Après l'entretien rédigé, nous avons constaté cette personne manifeste des **symptômes de sevrage**, vue l'ensemble des syndromes apparue après l'arrêt brutal de la consommation des stupéfiants.

Commençant sur le plan psychologique ce sujet souffre de plusieurs troubles comme la stresse et l'angoisse, ensuite il nous a assuré qu'il est toujours triste et non stable.

Après il nous a parlé sur ces relations avec les autres, ou on trouve ses réponses indiquer une négligence totale a des liens amicales «je ne supporte personne, les gens me veut de mal ... », il est aussi irritable et désorganiser.

Parlant sur d'autres troubles notre sujet est tous le temps iniquité, mal concentré sur ces taches et leurs fonctions « ...je n'arrive pas a penser et concentré sur les choses... ».

Arrivant au plan physique cette personne manifeste des nausées et des vomissements tous le temps, ce sujet affirme l'existence des maux de tête permanente et des difficultés à manger.

Toujours sur ce plan cette personne assure l'existence des agitations motrices remarquable mais au même temps infirme l'existence des sueurs et les douleurs musculaires.

Alors a la fin de notre entretien on constate que cette personne présente **un sevrage depuis 16 semaines** et a travers ses réponses sur les questions posé en réalise que notre sujet a un **sevrage difficile** vue **le nombre élevé des symptômes apparaissant** sur le plan physique et psychologique.

➤ **Analyse des résultats de 10eme cas :**

Mr B.H un homme âgé de 40 chômeur il a obtenu un score de **18/40** sur l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle de Schwarzer, ce que signifie qu'il présente un **faible sentiment d'auto-efficacité**.

D'après l'entretien rédigé on constate que cette personne manifeste un **sevrage** vu **les symptômes** apparus et les troubles sur le plan psychologique et physique.

Sur le plan psychologique notre sujet présente des angoisses et de l'anxiété, cette personne aussi elle nous a confirmé que il est très nerveux « ...j'arrive des fois à casser tout le miroir à la maison... ».

Il présente une tristesse remarquable d'après lui il dit «tout est perdu, j'ai lâché, concernant notre question sur l'insomnie notre sujet a parlé sur les difficultés de dormir sauvant.

Il présente une absence de concentration totale et une irritabilité et aussi une solitude «Je n'aime pas parler avec les autres, et surtout faire face à mes problèmes... »

D'autre part sur le plan physique notre sujet assure sur l'existence des nausées et des vomissements, aussi des maux de tête.

Ensuite le sujet présente une perte d'appétit et aussi des agitations motrices, mais il affirme l'existence des sueurs et les crises épileptiques et aussi l'existence des douleurs musculaires.

Finalement après notre entretien avec Mr B.H présente un **sevrage** pendant **12 semaines** et à travers ses réponses nous avons constaté que notre sujet a un **sevrage difficile** vu le **nombre élevé des symptômes apparus** sur le plan psychologique et physique,

2. Interprétation des résultats

Cas	Nombre des symptômes		Nature de sevrage	Score SEP/40
	Durée de sevrage			
01	17/18	11 semaines	Sevrage difficile	23/40
02	04/18	03 semaines	Sevrage facile	35/40
03	07/18	04 semaines	Sevrage moyen	29/40
04	16/18	09 semaines	Sevrage difficile	18/40
05	14/18	08 semaines	Sevrage difficile	19/40
06	14/18	08 semaines	Sevrage difficile	23/40
07	11/18	07 semaines	Sevrage moyen	21/40
08	08/18	02 semaines	Sevrage moyen	31/40
09	13/18	16 semaines	Sevrage difficile	18/40
10	14/18	12 semaines	Sevrage difficile	18/40

Tableau n° 04 : Ce tableau représente les résultats de l'entretien est de l'échelle de SEP obtenu sur les dix cas.

Lors de l'analyse des résultats nous avons constaté que les dix cas qui sont au cours d'une cure d'une désintoxication et sur lesquels nous avons passé l'échelle d'auto-efficacité généralisé de Schwarzer et l'entretien manifestent un sevrage vu l'apparition des symptômes et la durée de leur sevrage.

Nous dix cas peuvent se classer en trois catégories :

Ceux qui manifestent un sevrage difficile accompagnée d'un nombre remarquable des symptômes (entre 12 et 18 symptômes) et une longue durée (entre 8 et 16 semaines), sont en nombre de six obtenu un taux faible sur l'échelle d'auto-efficacité (entre 18 et 23).

Ensuite trois cas sur dix présente un sevrage moyenne vu le nombre des symptômes entre (07 et 11 symptômes) ainsi la durée de sevrage qui est moins longue entre (02 et 07 semaines), le scores de troisième et de huitième cas sur l'échelle d'auto-efficacité est dans la moyenne entre (29 et 31), pour le septième cas son scores est très faible « 21 ».

En fin un cas manifeste un sevrage facile, il présente 04 symptômes sur 18 et la durée de son sevrage est courte et de (3 semaines), sur l'échelle de l'auto-efficacité cette personne a obtenu un score de 35 sur 40 et c'est un score élevé.

3. Discussion des résultats

Dans notre recherche nous avons proposé deux hypothèses dans lesquelles nous avons supposé l'existence d'un lien entre le sentiment d'efficacité personnelle, la durée de sevrage et l'intensité des symptômes, nos hypothèses sont classées comme suivant :

« Plus le degré de sentiment d'efficacité personnelle est élevé plus la durée de sevrage est moins longue ».

A travers les résultats obtenus des entretiens et de l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle généralisé de Schwarzer, indiqué dans le tableau n° 04, nous avons pu confirmer l'existence d'un lien entre le degré de sentiment d'efficacité personnelle et la durée de sevrage.

Six cas sur dix qui présente un sentiment d'efficacité personnelle faible la durée de leurs sevrage est longue entre 8 et 16 semaine par contre les quatre cas qui ont un degré de sentiment d'efficacité personnelle moyen et élevé la durée de leurs sevrage est courte entre 2 et 6 semaine, cela nous mène à dire que la première hypothèse s'est confirmée.

Plusieurs études sont faites sur le lien qu'existe entre le sentiment d'efficacité personnelle et la durée de différents troubles.

La croyance dans sa propre efficacité apparaît dès lors comme un phénomène fondamental dans l'ensemble des processus qui assurent l'adaptation, la santé et le bien-être psychiques. Cette théorie rend également compte des troubles psychopathologiques la plus courante anxiété, dépressions, troubles du comportement alimentaire et addictions en termes de défaillances spécifiques de la croyance dans sa propre efficacité, (Carapato, Jean-Michel, 2004)

Les personnes commencent une thérapie avec un faible sentiment d'efficacité personnelle à pouvoir changer ont donc besoin de constater rapidement des progrès, sinon ils douteront plus d'eux-mêmes (Bandura, 2003).

Dans une série d'expérimentations, des phobiques graves ont reçu un traitement reposant sur différents modes d'influence (par maîtrise active, vicariant, cognitif et émotionnel) transmis par différentes formes de thérapie. C'est la maîtrise active qui a produit les augmentations les plus hautes, les plus fortes et les plus généralisées d'efficacité

personnelle. Elle transforme les attitudes d'exécration envers les sources de phobies en attitudes positives, élimine le comportement phobique et les réactions subjectives et physiologiques d'anxiété, ainsi que les ruminations phobiques et les cauchemars chez tous les patients, ceci dans un temps relativement court (Lecomte, 2004).

Arrivant à la deuxième hypothèse ou nous avons supposé que l'intensité des symptômes de sevrage en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle alors notre hypothèse est comme suivant :

« Plus le degré de sentiment d'efficacité personnelle est élevé plus les symptômes de sevrage sont moins nombreux »

À travers les résultats obtenus des entretiens et de l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle généralisé de Schwarzer, indiqué dans le tableau n° 04, nous avons confirmé l'existence d'un lien entre le degré de sentiment d'efficacité personnelle et l'intensité des symptômes au cours de la période de sevrage.

Six cas sur dix qui ont un faible sentiment d'auto-efficacité ont un nombre des symptômes très élevé entre 13 et 17 symptômes par contre les quatre autres cas qui présentent un sentiment d'auto-efficacité moyen et élevé présentent un nombre des symptômes bas entre 4 et 11 symptômes, cela nous mène à dire que la deuxième hypothèse s'est également confirmée.

Plusieurs études parlent sur le lien qui existe entre le sentiment d'efficacité personnelle et l'intensité des symptômes de différents troubles.

Pour Bandura les croyances d'efficacité agissent comme influence régulatrice dans la consommation d'opiacés essentiellement de la même manière que dans d'autres formes de dépendance et la communauté de Delancy un exemple fiable, un regroupement des toxicomanes et les soutiens fortement a transformé leurs vies, et adaptent un nouveau mode de vie et des croyances qui apportent des satisfactions. qui joue un rôle dans les changements des comportements et détermine partiellement le succès à modifier les habitudes addictives néfastes, adopter des nouvelles habitudes à long terme, et mènent une existence sociale réussie et libre de drogue, apprennent à être responsables et chaleureux, (Bandura, 2003).

Selon Hays, Miller, et Rollnick le degré élevé d'auto-efficacité permettent pour un toxicomane le maintien de changement d'habitudes et aident à effectuer les activités

thérapeutiques nécessaires pour réaliser un changement personnel, et réduit le stress par contre le faible sentiment d'efficacité personnelle entrave les efforts destinés à mettre en pratiques ces activités, (bandura, 2003).

Kavanagh et Wilson (1989) ont testé divers prédicteurs potentiels des résultats du traitement de la dépression obtenus en modifiant les modes erronés de pensée et en augmentant les activités agréables. L'efficacité perçue à contrôler les pensées déprimantes s'est avérée le meilleur prédicteur. Plus le traitement a renforcé l'efficacité à contrôler les pensées déprimantes, plus la réduction de la dépression a été importante et moins il y a eu de récurrences d'épisodes de dépression au cours de l'année suivant la thérapie.(Lecomte, 2004).

Les résultats les plus impressionnants sont peut-être ceux obtenus avec des phobiques des serpents et des araignées (Bandura et al. 1977). Pratiquement tous les sujets de cette étude étaient assaillis de pensées intrusives et de cauchemars récurrents qu'ils se sentaient impuissants à contrôler. Pendant le processus d'acquisition de la maîtrise de coping, les modes habituels de pensée phobique ont été transformés en réévaluations bénéfiques de menaces antérieures. Ainsi, une personne a déclaré à propos des serpents : « Toute ma manière de pensée a été modifiée. J'avais l'habitude de les détester, maintenant je les apprécie et j'admire leur mécanique raffinée ! ». Les patients ont signalé la disparition de leurs rêves phobiques : « Au début du programme, je rêvais de serpents monstrueux grossissant de plus en plus. Maintenant, je n'ai plus du tous ces rêves ». Après avoir acquis un sentiment maximal d'efficacité de coping, tous les sujets ont été complètement guéris de leurs ruminations perturbatrices et de leurs cauchemars. Ils ont obtenu la paix de l'esprit par la confiance dans leur pouvoir de contrôler les menaces et les stressseurs qu'ils sont susceptibles de rencontrer, (Lecomte, 2004).

En générale on constate que les résultats obtenu sur nos dix cas confirme nos hypothèses on compare l'intensité des symptômes ainsi que la durée de sevrage avec les scores obtenu sur l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle.

Conclusion

Notre recherche « le sentiment d'efficacité personnelle chez les toxicomanes pendant la période de sevrage » été réaliser au centre intermédiaire des soins en addictologie a l'EPSP d'ihaddaden, et dans un cabinet privé.

Au début nous avons supposé l'existence d'un lien entre le degré de sentiment d'efficacité personnelle et la duré de sevrage, le nombre des symptômes, plus le degré de sentiment d'efficacité personnelle est élevé plus la duré de sevrage est courte et le nombre des symptômes manifesté est moins.

L'application de l'échelle de sentiment d'efficacité personnelle généraliser de schawarzer et de l'entretien nous a permis de mesurer le sentiment d'auto-efficacité et récolter des informations concernant la période de sevrage chez les toxicomanes et les sujets entretenus.

Durant cette recherche on a montré que le sentiment d'efficacité personnelle c'est un paramètre fondateur pendant les cures de désintoxication, comme les toxicomanes une catégorie psychologiquement sensible elle doit avoir un aide supplémentaire pour l'acquisition d'un sentiment d'auto-efficacité élevé pour assuré une guérison a long terme,

À partir de la, notre recherche s'est ouvert la possibilité de cherché sur le sentiment d'efficacité personnelle faible comme étant un facteur qui mène le toxicomane a la rechute.

Durant notre recherche nous avons remarqué que plusieurs sujets avec lesquelles nous avons entretenu sont vécus des périodes de rechute et leurs sentiment d'efficacité personnelle est bas se que nous mène a dire que la recherche sur cette question et très importante, vu l'importance de cette période vis-à-vis cette catégorie.

La liste bibliographique

1. Abdenouri, S. 2007. la toxicomanie en Algérie. in office national de lutte contre la drogue. Alger. p 8.
2. Ajzen, I. & Fishbein, M. 2000. Les attitudes et la relation attitude-comportement: Raisonné et les processus automatiques. in European Review of Social Psychology. p 11.
3. Bandura, A. 2003. auto efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle. paris : boeck diffusion
4. Bandura, A. (1977a). L'apprentissage social (trad. Fr.). Bruxelles: Mardaga. 1980.
5. Bagozzi, R.P. & Edwards, E.A. 2000. Lutte par les objectifs et mise en œuvre du but Intentions dans la régulation du poids corporel in Psychologie et santé. p 255
6. Benslimane, M. 2008. l'expérience du centre nova dona avec sa spécificité de regrouper un CARRUD et CSST. In la prise en charge des toxicomanes. Algérie. p91.
7. Blanchet, A. 2007. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Paris. Armand colin.
8. Brewer, S, 2008. rencontre avec bondura : l'homme et le scientifique. in l'orientation scolaire et professionnelle, vol. 38, n° 1.
9. Carapato, E. De Almeida, Jean-Michel, P. 2004. L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle. paris.
10. Conner, M.C. & Armitage, C.J. 2002. La psychologie sociale de la nourriture. Royaume-Uni. Buckingham.
11. Daniel, J.G. 1996. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris. Masson.

Liste bibliographique

12. Ellickson et Hays. 1991. Quelle est la généralisation des adolescents à propos de la pression et de la résistance aux médicaments et de l'auto-efficacité de la résistance. *Journal of Applied Social Psychology*. New York.
13. Freidberg, E. 1996. *Soigner la toxicomanie*. Paris. Harmattan.
14. Gaudreau, N. 2013. *Sentiment d'efficacité personnelle et réussite scolaire au collégial*. Canada. Québec.
15. Groupe Pompidou. 2008. *Prise en charge des toxicomanes*. Algérie. Algérie.
16. Haddad, H. 2008. *Concepts et définition de la toxicomanie*. in *La prise en charge des toxicomanes*. Algérie. Algérie. p30.
17. Herve, B. et col. 1999. *L'entretien clinique*. Paris. Dunod.
18. Houat, L. 2008. *La toxicomanie en Algérie*. thèse de doctorat. Algérie. université d'Oran.
19. Joëlle V. 2017. *Addictions et dépendances*. in *L'assurance maladie centre d'examen de santé Seine-Saint-Denis*. p19.
20. Kavciyan, A. 2008. *Comprendre les comportements*. In *La prise en charge des toxicomanes*. Algérie. p59.
21. Lecompte, G. 2004. *Les applications de sentiment d'efficacité personnelle*. Paris.
22. Lemprière, T et Féline, A. 2006. *Abrégé en psychiatrie de l'adulte*. Paris. Masson.
23. Loukil, D. 2016. *Les chiffres des services de sécurité*. In *Colloque national sur la drogue et la toxicomanie*. Algérie. p 01.
24. Louise, N. 1998. *Pour la meilleure compréhension de la toxicomanie*, Canada. Québec.

Liste bibliographique

25. Loi 04-18 DU 13dhoulkaada 1425 correspondant au 25 décembre 2004 relative à la prévention et la répression de l'usage et de trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes.
26. Marc, B et Simon. 2002. l'infirmier et les toxicomanes .paris : masson.
27. Maurice, A. 1997. Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Algérie. Casbah.
28. Meyer, T. Verliac, J-F. 2004. Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?. France. paris.
29. Oihana , A . 2008. de la consommation au sevrage. thèse de doctorat. France. université Lille 3. In www.lesevrageetlatoxicomanie.com le 16/02/2017.
30. Polemini, P. Didier, B. Celereir, I. 2005. comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie . paris. jhon libbey.
31. Polomeni, P. 2008. « usage, abus, dépendance ». In la prise en charge des toxicomanes. Alger. p 60-65.
32. Schwarzer, R., Müller, J. & Greensglass, E, 1999, Évaluation du général perçu Auto-efficacité sur Internet. in collecte de données dans le cyberspace Anxiété, stress et Coping. new york. p 12.
33. Silbert, M.H. 1984. Fondation Delancy Street: Processus de restitution mutuelle . in F. Riessman. Série de psychologie communautaire. New York, p 41.
34. TSCHANNEN-MORAN, M. et HOY, A.W. 2007 Les antécédents différentiels de Croyances d'auto-efficacité des enseignants débutants et expérimentés. Enseignants et enseignant Education. vol. 23, n°6, p. 944-956.

Axe n°01 : les informations personnelles

-Nom :

-Age :

-Situation familiale (marie/célibataire)

-Situation sociale (travail/chômage)

Axe n°02 : pendant la consommation de drogue

-A quelle âge que vous avez commencé la consommation de drogue ?

-Quelle type de drogue que vous consommé ?

-comment elle est votre consommation ?

-Est-ce que répétitif ou occasionnels ?

-avec qui vous avez consommé la première fois ?

-Quelle sont les causes de votre consommation ?

Axe n°03 : pendant l'arrêt de la consommation de drogue :

-quelle est la dernière fois de votre consommation ?

-avez-vous senti un changement ?

- **Sur le plan psychique :**

-Est-ce que vous êtes stressé ?

-Est-ce que vous êtes angoissé ?

-Est-ce que vous êtes anxieux ?

-Est-ce que vous aimez parler avec les gens (sur la solitude)?

-vous trouvez des difficultés à dormir ?

-Est-ce que vous êtes irritable ?

-Est-ce que vous trouvez des difficultés à concentrer sur vos tâches et travaux ?

-Est-ce que vous senti une inquiétude ?

- **Sur le plan physique :**

- avez-vous senti des nausées ? Accompagner par des vomissements ?

-Est-ce que vous mangez normalement ?

-senti vous des douleurs musculaires ?

-Avez-vous des crampes ?

-Avez-vous des agitations motrices ?

-senti vous des maux de tête ?

-avez-vous des sueurs ?

-avez-vous des crises épileptiques ? (voir le dossier médical)

Echelle d'évaluation d'auto-efficacité générale (schawarzer, 1993)

N°	L'énoncé	Pas de tout vrai	A peine vrai	Moyennement vrai	Totalement vrai
1	J'arrive toujours a résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort				
2	si quelqu'un suppose a moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux				
3	c'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts				
4	J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus				
5	grâce a ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévus				
6	Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires				
7	Je peux rester calme lorsque je suis confronté a des difficultés car je peux me fier a mes habilités pour faire face aux problèmes				
8	lorsque je suis confronté a un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions				
9	Si je suis 'coincé', je peux habituellement penser a ce que je pourrais faire				
10	Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement				

Introduction

Chapitre I

Le cadre générale de la recherche

Partie théorique

Chapitre II

Le

**Sentiment d'efficacité
personnelle**

Chapitre III

La toxicomanie et le sevrage

Chapitre IV

Méthodes et Techniques utilisées

Chapitre V

**Analyse, interprétation et
Discussion des résultats**

Conclusion

**La liste
bibliographique**

Annexes

Partie pratique