

République Algérienne Démocratique et Populaire

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention d'un diplôme de
Master en psychologie clinique**

Thème

**Consommation de tabac et l'affirmation
de soi chez les étudiants ;**

D'après un échantillon de 50 étudiants

Préparé par :

SSEMBIRO SIMON

Encadré par :

DR. HATEM WAHIBA

Année Universitaire 2015 - 2016

Remerciements

Cette étude représente une synthèse de quatre mois de travail pendant lesquelles j'ai été soutenu et orienté par plusieurs personnes à qui j'exprime toute ma gratitude.

A l'Éternel notre Dieu

Pour cette grâce d'être en vie et en bonne santé depuis notre naissance jusqu'à ce jour

veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma grande reconnaissance et de mon profond respect à mon promotrice du mémoire

Docteur HATEM WAHIBA

Je vous remercie sincèrement pour l'honneur que vous avez fait en me confiant ce travail. L'étendue de votre savoir, l'aide et inspirations, vos grandes qualités pédagogiques, Psychologique, morales et humaines et votre compétence ont suscité mon admiration et ont rendu la réalisation de cette étude si agréable.

Je tiens à remercier les **Membres du jury**

Vous avez accepté très aimablement de juger ce travail. J'ai apprécié vos qualités humaines et professionnelles. Veuillez trouver ici l'expression d'une infinie reconnaissance.

Mes remerciements s'adressent également

A toutes les enseignantes, les étudiants de **Masters II en Psychologie Clinique 2015 – 2016** et les étudiants qui m'ont aidé dans ma recherche en m'accordant leurs précieux temps, m'ont en quelque sorte ouvert leur cœur et partagé avec moi un épisode de leur vie personnelle.

Et à tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail

veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude pour votre collaboration et vos encouragements.

Sommaire

Cadre général de la recherche

Introduction	5
Problématique.....	9

Partie théorique

Chapitre 01 : Consommation du Tabac et dépendance

Préambule.....	15
1.1. Aperçu historique.....	15
1.2. Définitions des concepts.....	17
1.3. Le développement des habitudes de consommation chez les jeunes.....	23
1.4. L'usage de substances psychoactives dans le monde	25
1.5. Les approches psychologiques des addictions.....	27
1.6. Tabagisme.....	33
1.6.1. Histoire d'usage de tabac.....	34
1.6.2. Les composants du tabac.....	36
1.6.3. La dépendance au tabac.....	37
1.6.4. Les types de dépendances au tabac.....	39
1.6.5. Les facteurs qui influence le tabagisme.....	42
1.6.6. Les conséquences liées aux tabagisme.....	45
1.7. Les modèles de prévention de tabagisme.....	47
1.7.1. Les programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire.....	48
1.7.2. Les interventions communautaires	49
Conclusion.....	50

Chapitre 2 : L'affirmation de soi

Préambule.....	53
2.1. Définitions de l'affirmation de soi.....	53
2.1.1. Théorisations du concept d'affirmation de soi.....	54
2.2. La genèse d'affirmation de soi.....	56
2.3. Les caractéristiques de l'affirmation de soi.....	58
2.4. Les comportements explicatives d'affirmation de soi.....	60
2.4.1. Le comportement affirmatif.....	60
2.4.2. Le comportement passif.....	61
2.4.3. Le comportement manipulateur.....	62
2.4.4. Le comportement agressif.....	62
2.5. Les thérapies de l'affirmation de soi.....	63
2.6. L'affirmation de soi chez les fumeurs.....	66
Conclusion.....	68

Partie Méthodologique

Chapitre 03 : La Méthodologie de la Recherche

Préambule.....	69
3.1. La démarche de la recherche.....	69
3.2. La population de la recherche et les caractéristiques de choix.....	71
3.3. Présentation du lieu de la recherche.....	72
3.4. Les techniques de la recherche.....	72
3.4.1. Le test psychologique.....	72
3.4.2. L'échelle de Fagerstrom.....	73
3.4.3. L'échelle d'affirmation de soi de Rathus.....	74
3.5. La méthode suivie dans l'analyse des résultats de la recherche.....	75

3.8. Les difficultés de la recherche.....	76
Conclusion.....	76

Partie pratique

Chapitre 04 : l'analyse et discussion des résultats

Préambule.....	78
4.1. Présentation et analyse des résultats des échelles.....	78
4.2. L'analyse des résultats d'échelle de Fagerstrom.....	78
4.3. L'analyse des résultats d'échelle de Rathus.....	80
4.4. L'analyse de corrélation entre la dépendance et l'affirmation de soi.....	86
4.2 Discussion des hypothèses	92
Conclusion générale.....	94
Listes bibliographiques.....	96
Annexes.....	99

Liste des abréviations utilisées

Abréviation	signification
L'OMS	L'Organisation Mondiale de la Sante.
L'INSERM	Institut National de la Sante et de la Recherche Médicale.
DSM	Diagnostic de Santé Mentale.
TCC	Thérapie Cognitive Comportementale.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
D.O.U	Direction des Œuvres Universitaires
CNCT	Comité National Contre Tabagisme
L'APA	L'American Psychiatric Association
INPES	Institut National de Prévention et Education pour la Sante
L'ONU DC	L'Office des Nations Unies contre la Droque et le Crime.
CRDM-IU	Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal - Institut Universitaire.

Dédicaces

Je dédie ce travail avec toute ma tendresse...

A tous ceux qui m'ont soutenu, encouragé et aidé tout au long de ce projet : soit par leur participation directe ou indirecte, de près ou de loin ou par leur support moral, physique et matériel.

*A mon père **SEMBIRO MIKE***

Aucun ne pourra être à la mesure de l'amour et de l'estime que je vous porte. Vous n'avez jamais cessé de me soutenir, m'assister et m'encourager. J'espère réaliser aujourd'hui l'un de vos rêves et être toujours à la hauteur de votre espérance.

*A Ma mère **SEMBIRO RUTH NAMAKULA***

Vos encouragements au cours de mes années d'études, les rendaient agréable à vivre. Merci pour votre amour éternel, votre confiance sans limite et votre éducation pleine de bonté et d'indulgence.

*A mes frère **ANDRE** et **JESSY***

Pour la tendre affection que vous m'avez toujours entouré, pour l'encouragement et le soutien moral que m'avez accordé, je vous souhaite du fond du cœur une vie pleine de joie et de santé.

A tous mes cher(e) s ami(e) s

Qui ont été toujours présents pour me consoler, m'aider et m'offrir tous les beaux moments qu'on a vécu ensemble pour en garder de mémorables souvenirs de ma vie universitaire ici en Algérie. Meilleurs vœux de succès dans votre vie. Je vous aime toujours.

*Les MAKANDAS ET MAKANDEZ de la Communauté des Etudiants
Etrangers a Bejaia.*

Et

Uganda Student Association in Algeria (USAA)

Most especially

Members of Bejaia Cell.

N. DAMALIE, et N. JULIET

If it wasn't for all of you, i wouldn't have reached where i am now.

THANK YOU

Sommaire

Problématique

La consommation de substances psychoactives est ancestrale. L'histoire de l'humanité montre que l'homme dans les sociétés primitives ou industrialisées avait toujours une attirance pour les plantes qui étaient consommées ou fumées comme substances psychoactives à cause de leur pouvoir d'agir sur le cerveau et de modifier le fonctionnement mental en intervenant sur les émotions, les cognitions et les perceptions, (C. Mercier et B. Beaucage 1997, p.28).

Selon les experts de la santé mentale, les impacts d'usage de ces substances psychoactives semblent parfois peu connus par des consommateurs et des intervenants mais les principaux constats indiquent que les effets des substances psychoactives sont multiples en état d'intoxication aiguë et chronique et que les consommateurs qui ont pris l'habitude d'en absorber d'une tendance persistante ont développé des conduites addictives.

Parmi les conduites addictives que les jeunes s'empressent d'explorer, nous trouvons le tabagisme. Ces produits psychoactifs manufacturés à partir de feuilles séchées de plantes (*nicotiana tabacum*) sont consommés sous forme de cigarettes, de cigares et peut être aussi mâchés (chiqué), sucés ou prisés. Ils contiennent un mélange d'alcaloïdes composés de la nicotine, d'anabine, de nor nicotine, et de l'anabasine qui sont les principaux agents de cette accoutumance.

Les jeunes constituent depuis longtemps une cible privilégiée pour l'industrie du tabac. « *Les adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs potentiels de demain, et la très grande majorité des fumeurs commence à fumer à l'adolescence.* » (M. E. Johnston et P. Morris, 1981).

Une étude récente du Comité National Contre Tabagisme (CNCT) confirme l'efficacité publicitaire du paquet de cigarettes actuel, auprès des jeunes en particulier. Les paquets neutres standardisés, préconisés par l'O.M.S., étaient jugés négativement par une majorité de répondants (Gallopel-Morvan K, Béguinot E, et coll., 2001 p.244-47)

La mise sur le marché de cigarettes parfumées en monde depuis 2005, destinées aux collégiens et lycéens, n'est pas anodine : l'ajout d'arômes artificiels leur confère un goût sucré. Tout est fait pour attirer les jeunes plus tôt et en plus grand nombre, et sans qu'ils s'en rendent compte (P. Arvers., 2011.p.03).

Que se pose le problème est l'accession, la disponibilité du tabac dans les magasins et son interdiction est moins rigoureuse en plusieurs sociétés mondial. Chez les jeunes, la curiosité succédée par le désir de voir, savoir et expérimenter fument avec des copains pour voir s'ils ont le courage d'oser et s'ils supportent la fumée.

Considèrent comme une régulateur d'intégration sociale et exprime un désir d'être reconnu par les autres, le tabagisme est envisagé comme une sorte de moyen compensatoire personnel devant certaines difficultés. Les jeunes fument en préparant pour un examen, pour mieux concentrer, lorsqu'ils sont déprimés, en commençant à travailler, ou pour ne pas sentir exclu., etc. (L. Fernandez et F. Letourmy 2007, p.16-17).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2004) les dangers de la consommation du tabac sont liés aux composantes que libère le tabac au moment de sa combustion. Les experts ont pu identifier plus de 4 000 substances chimiques dans la fumée du tabac, incluant du monoxyde

de carbone, du goudron, de l'arsenic, du formaldéhyde et du benzène. Parmi celles-ci, une cinquantaine sont toxique, cancérigènes et peuvent engendrer une dépendance pour un être humain.

En 2014, l'OMS a considéré que la consommation de tabac est responsable de plus de 6 millions de décès par an dans le monde. Plus de cinq millions de ces décès sont le résultat de l'usage direct du tabac tandis que plus de 600 000 sont le résultat de l'exposition au tabagisme passif. Ce chiffre devrait s'élever à plus de huit millions en 2030 si la tendance actuelle se poursuit. La consommation répétée peut être à l'origine d'affection très graves, en particulier le cancer, les maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires chroniques qu'on estime être la cause de 6 millions de morts par an dans les pays industrialisés, et pays en voie de développement. En effet près de 80% des décès prématurés liés au tabac se produiront dans les pays en voie de développement. La morbidité et la mortalité associées au tabagisme progresse dans ces pays du fait de l'action des industries du tabac et de l'absence ou l'insuffisance de législation antitabac.

En Europe, les études Genevoise montrent une diminution du nombre de fumeurs chez les 14-19 ans. Ils sont aujourd'hui 25% à fumer contre 31% en 2001. Cependant, cette proportion est stable depuis 2005. Par contre, la proportion de fumeurs semble avoir légèrement augmenté dans la catégorie des 20-24 ans. On peut noter également que, dans cette catégorie, la part des fumeurs quotidiens a augmenté de 4% par rapport à 2001 (Monitoring sur le tabac, 2007).

Au sein des différents groupes d'âge, cette disposition à cesser fumer a augmenté dans le groupe le plus jeune mais pas dans le groupe des 20-24 ans

qui est aussi le groupe où l'on fume le plus. C'est aussi dans cette tranche d'âge qu'on voit le plus net recul de la volonté d'arrêter (Monitoring sur le tabac, 2007).

La baisse a été observée de la même manière selon le degré de formation. En ce qui concerne le niveau de formation, le recul a été observé dans toutes les catégories. Néanmoins, le groupe avec la formation la plus poussée reste celui où la volonté d'arrêter est la plus faible alors qu'il s'agit précisément du groupe avec la prévalence de fumeurs la plus basse. Une explication, donnée par le monitoring sur le tabac, est que ce groupe constituât principalement de fumeurs inconditionnels celle où le nombre de fumeurs occasionnels est le plus grand et ils sont les moins enclins à arrêter (ils sont 60% à ne pas y songer). D'autre part, ce groupe est aussi celui où la plupart sont d'ex-fumeurs (Monitoring sur le tabac, 2007) (A. Douchy, S. V Duing et coll., 2007, p.07-08).

Selon les statistiques de la Banque mondiale (2000), en Afrique, le nombre annuel de décès lié aux conséquences du tabagisme s'élève à deux millions et ce sont les jeunes de moins de 18 ans qui sont le plus touchés par ce phénomène.

En Algérie, le phénomène de consommation de tabac n'est pas nouveau. L'Algérie se place en tête des pays africains qui ont ratifié la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de lutte contre le tabagisme, (OMS, 2004). Les statistiques révèlent que 40 fumeurs meurent prématurément chaque jour de maladies liées à la consommation de tabac. 95 % des décès liés au tabagisme concernent les hommes et 5 % pour les femmes qui sont les moins touchées.

D'autres statistiques montrent que 75 % des Algériens consomment du tabac à chiquer et les consommateurs sont âgés de 20 à 54 ans, parmi eux, on trouve les jeunes et les adultes (fumeurs et ex-fumeurs) qui se rabattent sur ce produit comme solution de rechange pour arrêter de fumer. Ainsi, de nombreux fumeurs se convertissent en chiqueurs. Ces consommateurs risquent de développer un cancer de la bouche qui est quatre fois plus élevé ». Le tabac à chiquer contient 2 000 substances chimiques où l'on retrouve les mêmes produits toxiques et cancérigènes contenus dans la cigarette (S. Abdennouri, 2014, p.34).

Il est important de souligner que l'initiation au tabagisme se passe presque toujours quand on est adolescent ou jeune adulte. Près de 90 % des fumeurs adultes d'aujourd'hui ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans ce qui signifie qu'au départ, fumer n'est pas un comportement d'adulte, mais plutôt un comportement de jeunes. L'ironie dans tout ça, c'est que les jeunes commencent à fumer parce qu'ils veulent adopter un comportement qu'ils associent aux adultes (J. Pierre Guli 2006, p.23).

Plusieurs études menées dans ce sens confirment que la majorité des jeunes fumeurs manifeste des déficits au niveau de leurs personnalités. Parmi ces déficits on trouve l'affirmation de soi. Ces jeunes adultes font recours aux tabagisme comme une tentative pour construire une identité personnelle qui s'affirme, exprime ses émotions, ses pensées et ses opinions de même que de défendre ses droits (L. Chaloult., 2014, p.05).

Dans le même ordre d'idées, les études menées au Canada (2000), ont souligné que la consommation de tabac est souvent associée à l'usage d'autres substances psychoactives dans le but de s'affirmer et de mieux s'exprimer. Ces

jeunes qui fument sont susceptibles de consommer de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne (Milton et Collab. 2004, p.67). Alors, les différents auteurs conseillent de mettre en œuvre des stratégies qui peuvent booster l'affirmation de soi et non pas de faire uniquement de la prévention, dans l'objectif de conserver l'abstinence ou de le devenir (A. Rongant M. C et al 2007, p.133).

L'objectif de notre recherche est de tenter d'apporter des réponses aux questions suivants :

1. Est-ce que tous les fumeurs ou consommateurs de tabac manifeste une dépendance et à quel degré ?
2. Est-ce que les consommateurs de tabac présentent un problème d'affirmation de soi ? Si c'est oui ;
 - a) Quelle est la corrélation existant entre la dépendance au tabac et l'affirmation de soi ?

Les hypothèses

1. Les fumeurs âgés de 18-28 ans présente une dépendance au tabac
2. Les fumeurs qui présentent une dépendance aux produits tabagiques, sont susceptibles de présenter une forte affirmation de soi.
3. Il y a une forte corrélation entre la dépendance et l'affirmation de soi.

INTRODUCTION

Introduction

La consommation de produits psychoactifs est un phénomène populaire et répandu. Les jeunes, les adultes et les personnes âgées de tous les milieux sont concernés. Notre société se transforme, les lois criminelles changent. Le gouvernement international parle maintenant de légalisation ou plutôt de décriminalisation en ce qui a trait à la possession de cannabis.

Actuellement, les drogues licites comme le café, la cigarette, les boissons alcoolisées, les médicaments avec ou sans prescription et bientôt peut-être, la marijuana de plus en plus faciles à se les procurer. De plus, ils semblent sans danger pour la plupart des gens puisqu'ils sont souvent intégrés aux habitudes de vie. La consommation de certaines de ces drogues est banalisée par les médias et le phénomène est devenu préoccupant, principalement chez les jeunes qui consomment de plus en plus certains de ces produits, notamment le tabac, le cannabis ou marijuana.

Ces dernières années l'Algérie, est devenu l'un des pays les plus touchés par les conduites addictives, qui renvoie à sa situation géographique et l'évolution des réseaux de trafic des substances psychoactives, qui ont fait de l'Algérie un pays producteur en constituant une passerelle entre deux continents ; L'Afrique et Europe. En décembre 2010, le directeur de l'Office national de lutte contre la drogue, Abdelmalek SAYEH a fait savoir que la drogue est l'un des principaux problèmes des jeunes Algériens touchait essentiellement les villes, et commence à s'élargir aux zones rurales et même aux régions du sud de l'Algérie. Il a ajouté que la consommation de drogue « touche également les universités et les cités universitaires ».

La consommation de ces substances psychoactives peut engendrer de nombreuses conséquences négatives pour les personnes consommatrices. Dans

les services de santé et des services sociaux, les centres d'aide pour les consommateurs des substances psychoactives ainsi que dans les programmes de formations en dépendance, beaucoup d'informations sont transmises en abordant les influences des substances psychoactives sur la santé physique, la santé mentale et la santé publique.

Parmi les défis actuels auxquels se trouve confrontée la communauté internationale, le tabagisme occupe une place importante. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le tabac tue 6 personnes par minute dans le monde. À l'horizon 2025, le nombre de décès imputables au tabac serait de 10 millions par an dont 7 millions dans les pays en développement. Tandis que dans les pays industrialisés, on constate un déclin de ce qu'on a appelé « l'épidémie du tabac », les observations montrent un accroissement de la consommation de tabac dans les pays en développement. En effet, suite aux mesures rigoureuses de contrôle de la publicité sur le tabac dans la plupart des pays industrialisés, les firmes de production de tabac se sont orientées vers les pays du tiers monde, notamment le continent africain qui constitue un terrain de prédilection pour promouvoir la consommation de tabac.

Bien que la nicotine est la cause des multiples maladies dont souffrent les fumeurs, cette dernière est aussi la principale cause de la dépendance qui s'installe rapidement et insidieusement par des étapes bien définies chez les jeunes. Les premiers symptômes de manque de nicotine sont ressentis comme une impression passagère de vouloir fumer pour devenir ensuite un désir intense et persistant « cravings » et finalement se transformer en un besoin incontrôlable de fumer sans lequel on ne peut fonctionner normalement et se sentir bien.

L'exposition des jeunes au tabagisme est associée à une dévalorisation de soi et à un mal-être généralisé. La cigarette est envisagée comme un symbole d'autonomie de reconnaissance, d'échange, d'appartenance au groupe ou de la

rivalité avec autrui. La cigarette chez les jeunes joue un rôle essentiel dans le développement de la personnalité de l'individu de sorte que les fumeurs font appel à la cigarette en vue de développer des relations sociales avec des pairs, dans le progrès des compétences sociales qui consiste plus précisément l'affirmation de soi au sein de la groupe social ou professionnel.

La plupart des recherches indiquent que la majorité des fumeurs manifeste un déficit au niveau de compétences sociales (affirmation de soi faible) alors ils font recours à des conduites tabagiques dans le but de s'affirmer et s'imposer au sien de leurs groupes mais quelques recherches mettent en évidence un fait nouveau. Les fumeurs ont des niveaux d'affirmation de soi qui diffèrent entre eux de façon importante. De plus, certains groupes des fumeurs présentent une moyenne d'affirmation de soi qui se compare avantageusement à des groupes des jeunes étudiants.

Alors pour faire face aux difficultés rencontrées par les jeunes, plusieurs programmes sont mis en œuvre, d'un part les programmes de prévention qui consistent à prévenir les effets de la consommation de tabac et d'autre part des programmes qui se basent sur l'apprentissage des techniques et des comportements qui visent à renforcer les compétences sociales des jeunes afin de s'affirmer et de savoir dire non lorsqu'il se retrouvent dans des situations difficiles.

Pour réaliser notre étude, nous avons commencée par la problématique et ses hypothèses, suivie par le contexte théorique qui s'attardera plus spécifiquement sur le phénomène associé à la consommation du tabac et à la dépendance dans le première chapitre et l'affirmation de soi dans le deuxième chapitre. Dans la partie méthodologique, on abordera la population de notre étude, la méthode et les outils utilisés pour recueillir les données. Les résultats

seront ensuite présentés et discutés en cherchant la corrélation existant entre la consommation de tabac et l'affirmation de soi dans la partie pratique de la recherche. Finalement, la conclusion nous permettra de faire le rappel des principaux objectifs et de la contribution de cette étude.

PROBLEMATIQUE

Partie théorique

Chapitre 1

La consommation du tabac et dépendance

Chapitre 3

Partie Méthodologique

Préambule

La consommation des substances psychoactives n'est pas un phénomène récent. L'histoire de l'humanité montre que l'homme avait toujours une attirance pour les substances qui ont le pouvoir d'agir sur le cerveau, modifiant les fonctionnement mental ou physique de l'individu. Le Rapport sur la sante dans le monde en 2002 a montré que 8,9% de la charge totale de morbidité était due à l'usage de substances psychoactives : en 2000, par exemple, le rapport a établi que le tabac représentait 4,1 %, l'alcool 4% et les drogues illicites 0,8% de la charge de morbidité.

L'usage de ces substances psychoactives peut engendrer de nombreuses conséquences négatives pour les personnes consommatrices (Léonard et Ben Amar, 2002). Dans les services de santé et des services sociaux, les centres d'aide pour les consommateurs de substances psychoactives ainsi que dans les programmes de formations en dépendance beaucoup d'informations sont transmises en abordant les influences des substances psychoactives sur la santé physique, la santé mentale et la santé publique.

Ce chapitre est consacré à décrire comment les habitudes de consommation des substances psychoactives se développe, l'usage des substances dans le monde et à aborder les approches psychologiques de l'addiction ainsi que le tabagisme et les modelés de prévention.

1.1. Aperçu historique

L'histoire montre que les substances psychoactives existent à l'état végétal depuis la nuit des temps, probablement depuis que nous cueillons des plantes pour notre alimentation (Bello et al.,2004-5).

Ces pratiques de consommation des « plantes » hallucinogènes concernent de nombreuses sociétés traditionnelles, car ces substances étaient perçues comme ayant des pouvoirs de divination, ou comme un véhicule pour accéder au domaine transcendantal ou surnaturel. Le plus souvent, leur usage était réservé à certaines castes de la société, comme les prêtres ou les chamanes. Elles pouvaient également être réservées à des occasions spécifiques comme les rituels d'alliance et, parfois, les sacrifices humains (Perrin, 1989).

Les pratiques rituelles des drogues fourmillent dans l'histoire humaine à pratiquement toutes les époques, à différents endroits de la planète. Leur consommation était institutionnalisée et certaines cultures traditionnelles ont pu leur attribuer un rôle social central : notamment, une hypothèse sérieuse considère que l'amanite tue-mouches aurait été au fondement de l'organisation sociale de certaines sociétés primitives en Sibérie, puis dans une grande partie de l'Eurasie (Lévi-Strauss, 1973).

En Amérique du Sud et Amérique Centrale, l'usage des substances psychoactives « végétales » ou hallucinogènes a été rapporté dès le XVe siècle et a perduré tardivement dans les cultures traditionnelles américaines, comme ce fut le cas pour le cactus peyotl qui étaient utilisés dans les traditions de l'ancien Mexique à la place du vin, ainsi que pour les soutenir et leur donner du courage pour le combat en les mettant à l'abri de la peur, de la soif et de la faim (Juilliard, 1991). Mais si l'usage du peyotl a été particulièrement étudié par l'anthropologie, de nombreuses plantes étaient utilisées pour leur capacité hallucinogène dans ces cultures traditionnelles, comme la sauge divinatoire (*Salvia divinorum*) chez les Mazatèques de Oaxaca au Mexique (Valdès, 1994).

En Europe, ces pratiques de consommation de « plantes » hallucinogènes étaient plus rares, et sont souvent décrites comme tombées en désuétude après le Moyen Âge. « L'Europe médiévale, quoique chrétienne, connaissait, elle aussi, de nombreuses substances excitantes ou hallucinogènes : mais ce savoir, issu des traditions préchrétiennes, était marque et preuve de sorcellerie et de fréquentation diabolique. La pharmacopée « diabolique » faisait appel à des plantes divinatoires dont certaines furent très utilisées en Inde, comme dans le continent amérindien ou en Extrême-Orient. Toutes ces plantes furent longtemps utilisées à des fins magiques, le plus souvent divinatoires ou comme philtres avant de devenir des bases médicamenteuses pour la médecine scientifique » (Juilliard, 1991).

1.2. Définitions des concepts

Afin d'arriver à une compréhension commune aux termes utilisés, il est important de donner une description et définition de concepts auxquels il sera fait références dans cette recherche :

2.1. Les substances psychoactives ;

Une substance psychoactive est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le système nerveux central en modifiant son fonctionnement psychique, soit comme dépresseur, stimulant ou perturbateur (Gagnon, 2009).

Ce sont les substances légale ou illégale qui entraînent des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions physiques ainsi que psychologiques. Son usage expose à des risques

et à des dangers pour la santé et peut entraîner des conséquences sociales. Elle peut, en outre, conduire à la dépendance (CQLD, 2006).

Ou bien, une substance est dite psychoactive lorsqu'elle agit sur le cerveau, modifiant certaines de ses fonctions, avec comme conséquences : Des changements au niveau de la perception (visuelle, auditive, corporelle), des sensations, de l'humeur, de la conscience, du comportement ; et des effets physiques et psychiques variables selon les substances, les doses consommées, les associations de produits (Thanh Le-Luong 2013, p.9).

2.2. Le tabagisme

Le tabagisme se définit comme la consommation chronique et prolongée de la feuille du tabac séchée, sous plusieurs formes : tabac mâché (chique), poudre du tabac inhalée par le nez (prise), tabac fumé comme les cigarettes, cigare, ou pipe (Aubin et coll. 2003, p.14).

2.3. Les drogues

Une drogue est un produit qui change la façon dont le corps ou l'esprit fonctionne. Elle peut avoir plusieurs effets. Elle peut éveiller, endormir, combattre la douleur, remonter le moral, rendre plus sociable, etc. (L. Gilles 2010, p.2).

Toute substance, licite ou illicite, pharmacologiquement active sur l'organisme. En ce sens, tout médicament est donc une drogue. Au sens usuel, toute substance psychoactive (active sur le système nerveux central, donc sur le comportement, les sensations et/ou la conscience), prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de tolérance et/ou de

dépendance psychique et/ou physique (Richard D et Senon JL. Ed Larousse 1999 p.161).

2.4. La toxicomanie

La toxicomanie est l'appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances toxiques ou des drogues ; dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet sédatif euphorique ou dynamique. Appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique, et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la toxicomanie comme un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci. La toxicomanie représente donc une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue. L'OMS préfère même au terme de "toxicomanie", celui de "pharmacodépendance".

2.5. La dépendance

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1975) définit la dépendance comme étant : un « état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (syndrome de sevrage). La tolérance peut ou peut ne pas être présente ».

Pour (Sophie Lacroix, 2004, p.05), le DSM IV définit la dépendance comme « un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement caractérisé par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois

- Tolérance
- Sevrage
- Substance prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
- Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes à cause de l'utilisation de la substance
- Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. »

2.6. L'usage

Il est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui.

Jusqu'en 2013, les usages de substances psychoactives étaient classés de la manière suivante par les professionnels spécialisés de l'*American Psychiatric Association* (APA) :

- L'usage (à risque) : consommation n'entraînant pas forcément de dommages immédiats pour le consommateur ou pour autrui mais comportant cependant des risques dans certaines situations (grossesse, conduite de véhicule / machine, association avec l'alcool, d'autres substances psychoactives ou certains médicaments) ou chez des personnes physiquement ou psychologiquement vulnérables.
- L'usage nocif (ou abus) : mode de consommation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des quatre manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :
 - a) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
 - b) Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 - c) Problèmes judiciaires récurrents liés à l'utilisation d'une substance.
 - d) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (Thanh Le-Luong 2013, p.26).

2.7. L'addiction

Le *webster's New international Dictionary* définit l'addiction comme « un usage compulsif effréné d'une habitude développée par les drogues » et l'addicté comme « celui qui manifeste un désir intense irréprouvable pour une drogue addictive et qui l'utilise par habitude » (Warburton, 1985).

Warburton, (1985), un addicté est « une personne accroc par habitude et particulièrement dépendante d'une drogue spécifique » (L. Fernandez et coll. 2002, p.2).

L'addiction correspond à l'attachement d'une personne à une sensation, un objet ou une autre personne, tel qu'il réduit l'appréhension et la capacité à prendre en compte les autres éléments de l'environnement, ou elle-même ; de telle façon que la personne devient de plus en plus dépendante de cette expérience et de cette source unique de gratifications.

2.8. Le sevrage

Le sevrage se caractérise par la présence de certains signes somatiques qui varient d'un produit à l'autre et par le fait que la même substance est prise pour soulager ou éviter le sevrage.

La Suppression d'un toxique ou d'une drogue auquel le patient est habitué, il peut être à l'origine d'un syndrome de manque (syndrome d'abstinence), lorsqu'il existe une dépendance biologique (Guelfi J.D et coll. 2007, p.178).

2.9. La tolérance

Phénomène caractérisé par le fait que lors de l'utilisation répétée d'une drogue il soit nécessaire d'augmenter la dose pour obtenir le même effet. La

tolérance peut être progressive comme dans le cas des opiacés ou spontanée comme dans le cas de certains hallucinogènes (Didier Pol 2002, p.227).

2.10. Manque

Egalement appelé syndrome de sevrage, ce terme désigne les sensations et douleurs psychologiques ou physiques qu'éprouve une personne dépendante d'un produit psychoactif lorsqu'elle arrête de le consommer (G. Lagrue et Cormier S.1998, p.65).

1.3. Le développement des habitudes de consommation chez les jeunes.

Maintenant que les définitions des concepts sont énoncées. Il est intéressant de regarder comment les habitudes de consommation se développent chez les jeunes

La position des auteurs face à la consommation de l'alcool et des autres drogues est ambiguë. D'un côté, on retrouve ceux pour qui la consommation de substances psychoactives représente un comportement problématique associé à la délinquance. Ils font référence au caractère illégal des substances (Nadeau & Biron, 1998).

De l'autre côté, on retrouve les auteurs qui caractérisent la consommation de tabac et autres drogues chez les jeunes comme un phénomène relativement normal de cette période de la vie. Pour eux, l'expérience des drogues s'inscrit dans le processus de l'adolescence puisque la consommation de produits psychoactives se limite à une simple expérience pour la majorité des adolescents (Cousineau et al, 2000 ; Girard, 1997). Ces jeunes le font par simple plaisir ou

par curiosité, pour faire comme leurs amis, pour s'opposer à leurs parents, pour se désennuyer ou par besoin d'être reconnu (Cloutier, 1996 ; Morel et al, 1997 ; Valleur et Matysiak, 2002).

Il semble que pour la plupart des jeunes, la consommation représente une des multiples expériences de l'adolescence mais, pour une minorité, la consommation de produits psychoactives représente une problématique sérieuse. Les drogues sont souvent utilisées comme moyen de fuir les problèmes personnels (ex : dépression, disputes familiales, échecs scolaires) rencontrés durant cette période. Toutefois, la prise répétée ou le développement des habitudes de consommation peut mener à la dépendance (Cousineau et al., 2000).

Des indices liés à la personnalité permettent de dégager un profil d'un jeune susceptible de développer une habitude de consommation. Il s'agit d'un jeune qui présente une estime de soi faible, qui n'a pas confiance en ses moyens et qui n'a pas l'occasion de vivre des expériences satisfaisantes ou valorisantes. Il se perçoit souvent comme étant incapable de résoudre ses problèmes suite à une série d'échecs, ce qui renforce son sentiment d'incompétence. L'expérience positive face aux drogues ainsi que le plaisir ressenti dans certains cas l'amènent graduellement à un usage constant, ce qui représente pour lui une des seules occasions d'oublier ses difficultés. Peu à peu, le jeune s'engage dans un processus de consommation abusive où la dépendance physique ou psychologique l'entraîne à consommer davantage et à essayer de nouveaux produits (MEQ, 1994 ; Nadeau & Biron, 1998 ; Patton, 1995).

1.4. L'usage de substances psychoactives dans le monde

Les substances psychoactives sont classifiées en deux groupes : « licites et illicites » dans ce rapport, on exposera les statistiques de consommation (usage) de ces substances en monde.

a.) Consommation des substances licites

L'usage des substances licites par exemple l'alcool, tabac et d'autres substances réglementées s'accroît rapidement de manière importante dans le monde. Selon J. Mackay et M. Eriksen (2002), la fréquence du tabagisme chez les jeunes et les adultes dans un certain nombre de pays. Le tabagisme s'entend rapidement dans les pays en développement et chez les femmes. Actuellement, 50% des hommes et 9% des femmes des pays en développement fument, contre 35% des hommes et 22% des femmes des pays développés. La Chine joue un rôle particulier dans la propagation de cette épidémie dans les pays en développement. C'est dans les régions d'Asie et d'Extrême-Orient que la consommation de cigarettes par habitant est maximale, suivie de près par les Amériques et l'Europe orientale (J. Mackay et M. Eriksen, 2002 p.30).

Concernant l'alcool, par plusieurs aspects, l'alcool et le tabac sont comparables : ces deux substances sont l'égal, toutes deux sont largement disponibles presque partout dans le monde, et leur commercialisation par des sociétés transnationales s'appuie sur des campagnes de publicité et de promotion agressives qui ciblent les jeunes. D'après le Global status report on alcohol de l'OMS (1999), la consommation d'alcool a diminué au cours des vingt dernières années dans les pays développés, tandis qu'elle est en augmentation dans les pays en développement, notamment dans la Région du Pacifique occidental où la consommation annuelle par habitant adulte atteint 5 à 9 litres

d'alcool pur, ainsi que dans les pays de l'ex-Union soviétique. La consommation d'alcool dans les pays en développement est en grande partie tirée vers le haut par la consommation dans les pays asiatiques. La consommation d'alcool est beaucoup plus faible dans les Régions Afrique, Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est (OMS, 2009).

b.) Consommation de substances illicites

Les données de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) mettent en évidence des saisies importantes de cocaïne, d'héroïne, de cannabis et de stimulants de type amphétamines dans différentes régions du monde. La disponibilité de la cocaïne, de l'héroïne et du cannabis dépend du volume cultivé dans les pays sources et de la réussite ou de l'échec des organisations qui opèrent les trafics. Cependant, même quand la loi est mieux appliquée, il semble que la quantité disponible pour les utilisateurs soit toujours suffisante. D'après les estimations de l'ONUDC (2003), 200 millions de personnes environ utilisent un type de substance illicite ou un autre.

Le cannabis est la substance illicite la plus fréquemment consommée, suivie des amphétamines, de la cocaïne et des opioïdes. L'usage de substances illicites est une activité essentiellement masculine, plus encore que le tabagisme à la cigarette et la consommation d'alcool. L'usage de substances psychoactives est également plus fréquent chez les jeunes que dans les classes d'âge plus âgées (ibid.).

L'ONUDC (2003), indiquent que 2,7% de la population mondiale totale et 3,9% des 15 ans et plus ont consommé du cannabis au moins une fois entre 2000 et 2001. Dans de nombreux pays développés, au Canada, aux Etats-Unis d'Amérique et dans les pays européens par exemple, plus de 2% des jeunes ont

déclaré avoir utilisé de l'héroïne et presque 5% ont déclaré avoir fumé de la cocaïne au cours de leur vie. C'est en fait 8% des jeunes d'Europe occidentale et plus de 20% de ceux des Etats-Unis d'Amérique qui déclarent avoir utilisé au moins un type de substance illicite autre que le cannabis. Il semble que l'utilisation des stimulants type amphétamine soit en augmentation rapide parmi les adolescents d'Asie et d'Europe (ibid.).

En Algérie, la consommation du cannabis et d'autres drogues illicites est faible, bien qu'il y ait eu une forte augmentation au cours des dernières années. Les lois anti-drogue relatives à la possession et à la consommation sont très strictes ; les individus condamnés peuvent encourir une peine pour trafic et distribution peut aller de 10 à 20 ans de prison alors c'est estimé que la consommation des substances illicites en Algérie est à 0.5% (ONUDD, 2015).

1.5. Les approches psychopathologiques des addictions

Pour mieux comprendre la consommation des substances psychoactives, la psychologie dans les écoles psychopathologiques ont « inventé » des théories pour expliquer le lien entre l'usage et l'addiction toxicomaniaque aux substances psychoactives. Ce rapport psychologique explique le point de vue clinique de l'addiction aux substances psychoactives.

a) Théorie psychanalytique

Les addictions sont certainement, parmi les conduites qui concernent la psychopathologie, celles qui interrogent le plus le clinicien sur les frontières entre le normal et la pathologique. Leur situation « clé » au carrefour du besoin et du désir leur confère une position centrale quant aux interrogations sur les conduites humaines (L. Fernandez, 2002 p.44).

Cette théorisation Freudienne montre que l'addiction pouvait être un substitut de la masturbation qui se base sur la plaisir auto-érotique oral. Depuis plusieurs conceptions sont apparues : le renoncement à l'hypothétique « structure toxicomaniaque », la théorie de « l'automédication », de la jouissance et de l'autodestruction.

Concernant les structures de la personnalité, l'approche tentant de confirmer que la toxicomanie peut exister avec n'importe quelle structure (structures névrotique, psychotique, perverse ou état limite) ; les théoriciens des « états limites » ont souligné la présence chez les nombre de toxicomanes des positions psychiques rappelant ces états (angoisse de perte d'objet, déni, clivage, relation d'objet anaclitique, recherche d'étayage). Il faudrait donc en conclure que, s'il existe des toxicomanes névrosés ou psychotiques, un groupe important et composé des sujets « limites » qui ne désigne pas une structure mais un aménagement transitoire (L. Fernandez, 2002 p.64).

À cette question de la structure peut être rattaché celle de l'origine de la toxicomanie. L'hypothèse d'état limite permet de rendre compte du problème en montrant qu'un type de relation d'objet (anaclitique) produit une difficulté à assumer les relations aux autres, le pulsionnel, menaces sur l'identité et que la drogue permet de lutter contre les effets de ce qui n'est pas assumable. D'autres conceptions mettent en évidence des troubles précoces dont les effets sont limités par le recours à la drogue. Les troubles de l'identité, de l'intériorisation, de l'individuation, ou les conflits entre les relation d'objets et narcissisme sont souvent avancés pour rendre compte des difficultés qui rende les sujet « vulnérable » à la toxicomanie.

La thèse de l'autodestruction souligne que la dimension masochiste et potentiellement suicidaire du toxicomane. La destruction subie du corps, du statut social, de son image pour les autres et pour soi n'est pas sans rappeler le jeu de la pulsion de mort et de la négativité. C'est sans doute la destruction de quelque chose en soi qui est poursuivie par le toxicomane. Mais cette autodestruction coexiste avec les autres modalités de la conduite toxicomaniaque.

La psychanalyse révèle certains traits chez les toxicomanes : difficultés à verbaliser, souffrance psychique, sentiment de vide intérieur, impossibilité de s'affirmer et de maîtriser sa destinée, prédominance du besoin sur le désir, des relations d'instrumentation sur les investissements libidinaux. Elle pourrait représenter une « solution » à la souffrance psychique, servant à la faire disparaître ou à procurer un fallacieux sentiment d'unité et d'identité : la drogue fait taire la souffrance, permet d'être et survalorise l'image de soi.

b) La théorisation psychosociale de Stanton Peele (1985)

Pour Stanton Peele l'addictivité d'une substance (ou d'une activité compulsive) est en lien avec les diverses circonstances de la vie qui sont autant de facteurs capables de modifier la force relative des trois groupes de facteurs addictogènes.

Le premier de ces groupes de facteurs est la souffrance psychique qui induit une pression du besoin de soulagement de cette souffrance et qui renvoie à la structure psychique, la personnalité et les conditions de vie, notamment au plan psychosocial, familial. Le second groupe comprend les facilités addictives de l'environnement, qui peuvent favoriser ou non l'accès aux substances ou activités addictives. Enfin, le troisième groupe de facteurs concerne les

compétences addictives personnelles, qui renvoient à d'autres caractéristiques de la personnalité et physiologiques, qui font qu'un individu aura tendance à rechercher les sensations fortes, à contrôler sa recherche de sensation, à évacuer plus ou moins facilement le stress de la vie, etc.

Le bilan que fait Peele, est que la recherche sur la consommation de drogues est basée sur des sujets qui ont échoué à contrôler leur usage, ce qui donne l'impression que cette perte de contrôle est entièrement la conséquence de la substance. C'est comme si l'on voulait juger de la dangerosité addictive de l'alcool en n'étudiant que les alcooliques invétérés.

D'autre part, Peele a mis en considération sept facteurs non-biologiques qui expliquent ce concept de l'addiction en certains individus. Les facteurs sont :

- *Les facteurs culturels* : ensemble des interprétations des effets d'une substance (ou d'une stimulation) qui sont propres à une culture donnée et qui influencent en retour le potentiel addictif de la substance (ou de la stimulation)
- *Les facteurs sociaux* : une substance psychoactive est étroitement reliée au groupe social et de pairs auquel appartient la personne.
- *Les facteurs situationnels* : la situation (stress, guerre) dans laquelle se trouve la personne.
- *Les facteurs développementaux* : phénomènes de maturation, acceptation du rôle d'adulte, accessibilité, solutions alternatives moins coûteuses, moindre coût adaptatif
- *Les facteurs de personnalité* : vulnérabilité aux addictions

- *L'explication personnaliste* : réponse à une problématique d'ordre narcissique. Ado : baisse de l'estime et de la réalisation de soi, incompetence apprise, passivité, relations de dépendance, désir de satisfactions immédiates, sentiments de stress habituels élevés. Notion de « personnalité limite addictive ».
- *Les facteurs cognitifs* : croyances et attentes à propos de l'effet des drogues qui influencent en retour les réactions physiologiques et psychologiques à la substance.

c) Les approche cognitives et comportementales

Cette approche repose à la fois sur la notion de traitement de l'information sur les différentes formes d'apprentissage. La dépendance psychologique aux drogues peut être assez facilement comprise à partir d'un modèle classique de l'apprentissage opérant.

A. Dumont (2010), l'approche cognitive-comportementale explique l'addiction comme un comportement qu'est appris alors l'approche avance à expliquer qu'il existe des facteurs prémorbides qui facilitent le recours aux produits et l'addiction : l'impulsivité, l'intolérance à l'ennui, la recherche de sensations, la sensibilité à l'ennui, une sensibilité importante aux sentiments déplaisants, une altération de la motivation au contrôle du comportement, une tolérance limitée à la frustration. Ces éléments sont susceptibles de produire des émotions et les pensées négatives (dépression, anxiété, dépréciation) que la drogue contribue à réduire (automédication) ; mais les conséquences psychologiques et sociales de la prise de drogue contribuent à renforcer les pensées négatives (L. Fernandez, 2002 p.63).

d) L'approche Biopsychocomportementale

Cette approche se base sur la théorisation de Zuckerman. « La recherche de sensation » qui se caractérise par le besoin d'expériences, des nouvelles sensations variées, et complexes, et la volonté de s'engager dans des activités physiques et sociales risquées, expériences recherchées pour elles-mêmes (Zuckerman, 1979).

La théorie postule que certaines organisations de la personnalité pourraient être caractérisées par leurs tendances à la recherche de la sensation. Il semblerait que cette dimension de personnalité module les réponses subjectives et psychophysiologiques aux drogues. Hutchinson et ses collaborateurs (1999) ont montré que la recherche de la sensation influence les effets stimulants de l'amphétamine. Selon les auteurs, « la recherche de sensations correspond à une haute sensibilité aux effets d'une substance psychostimulante ». De plus, les amateurs de sensations, quand ils se trouvent dans un état de non-stimulation avec une activité catécholaminergique faible, recherchent des substances ou comportements qui relèvent cette activité (Zuckerman, 1984). C'est-à-dire, il existe un niveau optimal de stimulation pour chaque consommateur. C'est le niveau d'activation qui se caractérise par l'activité cognitive (pensées), motrice (comportement) et une totalité affective et positive (réactions).

Concernant les addictions, Zuckerman et Kuhlman (2000) insistent sur ses liens avec la prise de risques dans six types de conduite (tabagisme, conduite automobile, usage d'alcool et de drogues, sexualité et jeu). Les premières recherches montraient une corrélation positive entre intensité de la consommation tabagique et recherche de sensations (Kohn et Coulas, 1985),

parfois chez les hommes uniquement (Zuckerman et coll., 1972). Par ailleurs, les tobacco chippers, c'est-à-dire les individus qui tout en fumant régulièrement – au moins quatre jours par semaine avec un maximum de cinq cigarettes par jour (Shiffman, 1989) – échappent au phénomène de développement de la dépendance et de la tolérance, montrent également des niveaux de recherche de sensations élevés (Kassel et coll., 1994).

1.6. Tabagisme

Maintenant que le concept de consommation des substances psychoactives est présenté ; il est possible de regarder les conduites addictives générées à partir de la consommation des substances psychoactives et parmi ces addictions on a le tabagisme.

Le tabagisme est une toxicomanie résultant de l'accoutumance à l'un ou l'autre des produits fabriqués à partir des feuilles de tabac : cigarettes, cigares, tabac à pipe, tabac à priser et à chiquer. Cette intoxication aiguë ou chronique est provoquée par le tabagisme actif ou passif qui qualifie l'inhalation involontaire de la fumée de tabac contenue dans l'air, ou l'inhalation de dépôts secondairement en suspension dans l'air (Passeport santé, 2010).

Le tabac est la principale cause de décès évitables dans le monde (OMS, 2006). Il est actuellement responsable du décès d'un adulte sur 10. Si le tabagisme continue sur sa lancée actuelle, il provoquera environ 10 millions de morts par an d'ici l'an 2020, et la moitié de ceux qui fument aujourd'hui, environ 650 millions de personnes, finiront par mourir prématurément de leur habitude néfaste.

Selon B. Dautzenberg (2007), le tabac se présente sous de nombreuses formes. Récemment de nouvelles habitudes de consommation ont fait leur apparition chez les jeunes qui inquiètent les scientifiques : Il s'agit de la « chicha » ou « pipe à eau » : S'il y a moins de toxines dans la fumée inhalée, chaque bouffée représente un volume 10 fois supérieur à une bouffée de cigarette, et constitue donc un danger considérable, de part sa contenance en nicotine et en monoxyde de carbone.

1.6.1. Histoire d'usage de tabac

C'est vers la fin du XVe siècle que les conquérants espagnols ont ramené d'Amérique du Sud des plants de tabac dans le sud de l'Europe. Jean Nicot, ambassadeur de France auprès de la Cour portugaise, a ensuite introduit cette plante en France, où on lui a donné, en son honneur, le nom botanique de « nicotiana tabacum ». Dans le langage familier, « l'herbe à Nicot ». Au XVIIIe siècle, la principale substance active mise en évidence par les chimistes dans cette plante est nommée « nicotine ». La consommation du tabac s'est répandue très rapidement à travers l'Europe.

En France, la culture et l'usage du tabac sont devenus courants dès la seconde moitié du XVIIe siècle. Essentiellement chiqué, prisé ou fumé dans une pipe jusqu'au XIXe siècle, l'usage du tabac s'est peu à peu modernisé. L'apparition sur le marché des cigares et plus encore des cigarettes a conduit à de nouveaux modes de consommation et à leur banalisation. D'accès facile et consommable immédiatement, la cigarette s'est imposée au début du XXe siècle comme un produit relativement bon marché et comme un signe de modernité chez les hommes adultes. Peu après, un nombre grandissant de femmes et de jeunes s'y sont mis aussi, encouragés en cela par la publicité déployée par une

industrie en plein essor. Cela fait seulement quarante ans que l'habitude socialement admise de fumer du tabac a été mise en cause et que les connaissances scientifiques relatives à sa nocivité ont commencé à s'imposer. Principalement américaines, les études concluant à une augmentation du risque de cancer du poumon et d'autres dommages sanitaires (Terry, 1964).

En Algérie, le tabac été introduit par des Turques dans les courants du XVIe siècle. Il y a peu des informations concernant sa culture au temps de la domination turque, mais l'habitude de fumer se répandit assez rapidement, et ce malgré l'interdiction de certains monarques de l'Orient, qui ont condamné l'acte considéré comme contraire aux principes de l'islam (les méfaits sur la santé étaient alors méconnus, mais le Coran interdit toute substance enivrante. Certains théologiens estimaient que le tabac pouvait provoquer une sorte d'ivresse.)

M. Chebel (2004), malgré les interdictions religieuses, fumer le tabac devenu un acte élégant et sa culture était non seulement tolérée, mais encouragée par les colonialistes françaises. Cette mesure a permis de créer d'importantes plantations de tabac en Algérie, furent adoptées dès 1843. Dès lors, les premières exploitations Européennes se développèrent à Alger et ses environs. La région comptera le plus grand nombre de planteurs, et disposera des surfaces plantées les plus étendues. Par la suite, la production s'étendra à d'autres régions, et la province Est du pays (au voisinage de la Kabylie) fournira à Alger, le type dit Khachna ; la production des environs de l'actuelle Annaba quant à elle, sera réputée pour ses Arbi, vendues dans sa ville de fabrication, et à Constantine (Algérie, Série Economique : N°63, 1949).

Longtemps considéré comme un produit d'agrément, le tabac est aujourd'hui défini socialement comme étant avant tout une drogue et sa consommation est de plus en plus considérée comme un problème majeur de santé publique.

1.6.2. Les composants du tabac

La composition chimique du tabac est très complexe. Son analyse peut concerner la plante fraîche ou séchée, de même que le tabac de la cigarette et ses additifs. Cependant, si la chimie du tabac est examinée sous l'angle de la dépendance, c'est l'analyse de ce à quoi le fumeur est exposé qui importe (INSERM, 2004). Cette étude de la composition du tabac est réalisée avec l'aide d'une machine qui teste les quantités de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone obtenues dans des conditions standardisées et qui figureront sur les paquets de cigarettes à fumer dans les conditions définies par les normes de l'ISO (*International organization for standardization*, ISO 4387, ISO 10315, ISO 10362-2, ISO 8454). La composition chimique de la fumée de cigarette comporte des éléments constants présents à des teneurs variables en fonction du type de tabac, du type de cigarette, de la présence d'additifs et de la manière de fumer. Les additifs servent comme adjuvants de fabrication ou de combustion, agents d'humidification ou d'aromatisation.

Selon INPES (L'Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé), dès qu'on allume une cigarette, une véritable « usine chimique » se met en route. La fumée de tabac est un aérosol (mélange de gaz et de particules). Ce mélange se forme à une température pouvant atteindre 1 000° à 1 500 °C. La cendre apparaît, tandis que la fumée se forme. C'est à ce moment que les 2 500 composés chimiques contenus dans le tabac non brûlé passent à plus de 4 000

substances dont beaucoup sont toxiques. Parmi ces substances, D. Hoffmann et I. Hoffmann, (2001) ; ont identifié 64 qui sont cancérigènes. La fumée se refroidit très rapidement avant d'atteindre la bouche du fumeur. Sa composition n'est pas constante et sa nature varie en fonction du type de tabac, de son mode de séchage, des traitements appliqués, des additifs, etc. On y retrouve toujours la nicotine, les goudrons et les agents de saveur mais il en existe beaucoup d'autres, telles que des gaz toxiques (monoxyde de carbone, oxyde d'azote, acide cyanhydrique, ammoniac) et des métaux lourds (cadmium, plomb, chrome, mercure). La nicotine est la substance (un alcaloïde puissant) qui entraîne la dépendance. Celle-ci est très forte : elle apparaît dès les premières semaines d'exposition et pour une faible consommation de tabac (INPES, 2014).

1.6.3. La dépendance au tabac

Après à voir regardent le concept de tabagisme, son histoire de consommation et les composants de tabac, dans ce rapport, on va aborder comment la dépendance s'installe chez les jeunes.

En 1975, L'organisation Mondiale de la Sante (O.M.S) définit la dépendance comme un « état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres, qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (syndrome de sevrage). La tolérance peut ou peut ne pas être présente » (C. Olive Le Glatin., 2014 p.10).

En 1994, « Le rapport du Surgeon General des Etats-Unis sur la prévention du tabagisme » publie cinq étapes avant qu'un adolescent ou un jeune devient physiquement dépendant au tabac. Il a expliqué que ;

Durant la *première étape*, ou étapes préparatoire, le jeune développe les croyances et des attitudes d'utilisation de tabac. Il voire le tabagisme entre les autres comme une façon d'être mature, indépendant et comme un moyen de faire face au stress ou encore d'établir des liens avec un groupe d'amis. La *deuxième étape* est la période d'essai, celle durant laquelle le jeune fume ses premières cigarettes, habituellement avec des amis, « l'expérimentation ». La *troisième étape*, est la période durant laquelle le jeune fume de façon répétée, mais irrégulière, lors de fêtes ou avec ses meilleurs amis alors qu'au cours de la *quatrième étape*, il fume chaque semaine et qu'ainsi l'usage du tabac est qualifié de régulier. Finalement, le jeune deviendrait dépendant physiquement au tabac à la *cinquième étape*.

Dans le même année (1994), les experts du Département de la Sante d'Etats unis estimaient que ce processus s'étalait sur deux ou trois ans et qu'en général, un jeune devait avoir fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie avant d'être dépendant (Pierce, J. P., Gilpin et al. 1998).

Des études récentes suggèrent que la dépendance au tabac pourrait survenir beaucoup plus tôt dans ce processus, avant même l'usage quotidien et après quelques cigarettes seulement pour certains fumeurs. Dans une enquête longitudinale d'un an, auprès d'adolescents fumeurs, 22 % des 95 sujets ont rapporté un symptôme de dépendance à la nicotine moins de quatre semaines après avoir commencé à fumer au moins une cigarette par mois. Soixante adolescents ont ressenti un ou plusieurs symptômes de dépendance et de ces 60

sujets, 62 % avaient éprouvé leur premier symptôme avant de fumer tous les jours (Di Franza, et al. 2000). Il est donc possible que la dépendance à la nicotine s'installe beaucoup plus rapidement qu'on ne l'avait estimé.

1.6.4. Les types de dépendances au tabac

La dépendance peut se définir comme une perte totale de la liberté de dire « non » à la cigarette ; le fumeur est pris dans une spirale qui l'oblige à fumer sous peine de ressentir des symptômes de manque et a par conséquent besoin de maintenir un certain taux de nicotine dans le sang. Même en connaissant les risques, l'infarctus ou l'amputation d'un membre, il n'est pas rare que le fumeur soit en difficulté pour arrêter sa consommation. Il est pris dans un piège dont il lui est difficile de s'en échapper car, contrairement à ce que l'on pourrait penser, il ne suffit pas d'avoir de la volonté pour réussir le sevrage tabagique.

Pour Lagrue G. (1995), l'addiction appliquée au tabagisme est triple. On distingue une dépendance comportementale, une dépendance psychique et une dépendance physique.

a) La dépendance comportementale

A l'instar du chien de Pavlov qui salive lorsqu'il entend le son de la clochette, associant ce bruit à la nourriture, le fumeur a envie de fumer dans certaines circonstances auxquelles il aura associé l'usage du tabac : il s'agit de rites, de rythmes, d'automatismes, de gestes, etc.

Ce sont des personnes qui fument sous l'influence de stimuli extérieurs par réflexe conditionné. Il se produit un évènement, une situation que le fumeur associe, à force d'habitude, avec la cigarette ; par exemple lorsqu'il est avec des amis, lorsque l'atmosphère est conviviale mais aussi en répondant au téléphone

ou en prenant son véhicule. La cigarette est alors allumée par réflexe et non par besoin. Le fumeur n'a pas souvent conscience de ces automatismes et il lui arrive de fumer sans s'en rendre compte. Le fumeur devient conscient de ces automatismes lorsqu'il cesse de fumer : en début de sevrage, l'envie d'une cigarette revient automatiquement dans ces mêmes circonstances.

Il s'agira dans la prise en charge d'aider le fumeur à décrire les moments où il a envie de prendre une cigarette, à comprendre s'il s'agit d'un besoin de détente, d'un automatisme gestuel, d'un rite où s'il existe des associations particulières avec la cigarette (concentration, stress, convivialité, action...).

b) La dépendance psychologique

La dépendance psychologique est variable d'un fumeur à l'autre selon sa personnalité, son vécu et son environnement et elle se traduit par le besoin de consommer. Le sujet fume pour retrouver les effets psycho actifs du tabac et de la nicotine notamment. La nicotine favorise la régulation globale de l'humeur et selon le niveau d'humeur de base, elle est stimulante ou apaisante.

La consommation de cigarettes dépend des circonstances et de l'état psychologique du sujet, des moments de la journée, des situations rencontrées et des effets recherchés.

La cigarette apporte une sensation de détente, de relaxation musculaire quand, sous l'effet d'un stress, les muscles sont contractés. Mais, la cigarette provoque aussi une brusque augmentation de la sécrétion d'adrénaline, bien connue comme étant « l'hormone de stress », donc, en réalité, les fumeurs deviennent encore plus stressés quand ils fument.

La cigarette procure cette impression de « soutien pour le moral », qui s'explique par la sécrétion induite par la nicotine, au niveau cérébral, de sérotonine et de noradrénaline (neuromédiateurs très impliqués dans la régulation de l'humeur).

La cigarette sert aussi de béquille lors d'une baisse de moral, de moments de solitude ou d'une baisse passagère de l'humeur. Elle est aussi consommée pour réguler l'appétit ou pour maintenir le poids car elle a des effets hyperglycémiantes et est anorexigène.

c) La dépendance physique/pharmacologique

La présence d'un syndrome de sevrage ou d'un phénomène de tolérance caractérise la dépendance physique. Elle se traduit par un état de manque lorsque l'organisme est privé de tabac. Cette dépendance pharmacologique impose au fumeur un certain nombre de cigarettes par jour.

La nicotine est le principal responsable de la dépendance, en raison d'analogie structurale avec l'acétylcholine. La nicotine se fixe sur certains récepteurs à l'Acétylcholine, surtout ceux présents dans l'Aire Tegmentale Ventrale (ATV) et est le principal alcaloïde du tabac (90%).

Le cerveau gère le besoin en nicotine qui lui est nécessaire et ne supporte pas très longtemps d'en être privé. Chaque cigarette fumée satisfait le besoin mais pour une courte durée car la nicotine absorbée est rapidement éliminée par le métabolisme hépatique. Dès que la dose de nicotine se rapproche du seuil du besoin, le cerveau rappelle à l'ordre le fumeur et le besoin de fumer s'impose à nouveau. Par exemple, au réveil, il n'est pas rare que le fumeur allume une première cigarette, tire fortement dessus et en fume une seconde dans un temps rapproché de la première et ce pour « combler la dose ».

Le fumeur qui présente une dépendance psychique et/ou physique ne peut plus fumer de temps en temps, ce qui serait son rêve, c'est-à-dire fumer pour le plaisir. Son assuétude au tabac ne correspond plus à la recherche d'un plaisir mais procède à l'évitement d'un déplaisir et à diminuer les tensions intérieures (Lagrue G.,1995 p.473-474).

1.6.5. Les facteurs qui influencent le tabagisme

Il est bien connu que plusieurs types de facteurs influencent l'usage du tabac chez les jeunes. Certains sont des facteurs sur lesquels il est difficile d'intervenir alors que d'autres peuvent être modifiés (Brown, K. et Deck, D, 1999). Parmi les facteurs difficilement modifiables il y a :

a) Facteurs individuels

▪ Facteurs génétiques

Comprendre la dépendance à la nicotine intéresse de plus en plus les chercheurs du domaine de la génétique. En raison de leur bagage génétique, certaines personnes seraient moins sujettes à devenir dépendantes du tabac. Ces personnes se différencieraient par la neurotransmission dopaminergique ou encore, par le rythme auquel la nicotine se métabolise (Walton, R., Johnstone, E. et al. 2001).

Selon Eissenberg T. (2000), les différences dans le bagage génétique des individus explique qu'une recension des écrits au sujet des premiers épisodes d'usage du tabac chez les jeunes révèle que les jeunes qui deviennent des fumeurs réguliers rapportent moins d'effets désagréables lors de leurs premiers essais avec le tabac. Les facteurs modifiables incluent :

▪ Facteurs personnels

Certains facteurs personnels semblent offrir une protection face à l'initiation au tabagisme. Parmi ceux-ci, on retrouve les jeunes qui ont de bons résultats scolaires et ceux qui ont des aspirations quant à leur travail futur (Jacobson M et Lantz, P. M., 2001). En matière de tabagisme, la connaissance des effets à long terme du tabac sur la santé influencerait peu les jeunes. Toutefois, la crainte des effets à court terme et la personnalisation des risques pourraient décourager plusieurs d'entre eux à s'initier au tabac en modifiant leur perception de l'utilité de l'usage du tabac. Les jeunes qui fument auraient une moins bonne estime de soi (Tyas, S. et Pederson L, 1998), une moins bonne image de soi et ils auraient plus de difficulté à résister aux pressions sociales les poussant à fumer ainsi qu'aux offres de cigarettes.

Le tabagisme serait associé à la dépression. McNeill (2001), dans une recension des écrits, mentionne que, d'après une étude longitudinale de cinq ans, une histoire de dépression majeure augmentait de façon significative le risque de fumer et qu'une histoire de tabagisme quotidien augmentait aussi de façon significative le risque de faire une dépression majeure.

Le stress a été reconnu dans plusieurs études comme un facteur associé à l'initiation au tabagisme et au maintien de l'habitude tabagique (Tyas, S. et Pederson, L. (1998). Bien que fumer soit souvent rapporté par les fumeurs comme un moyen permettant de faire face au stress, (Parrott, A.1999) affirme au contraire que c'est la dépendance à la nicotine qui augmente le stress.

b) Facteurs environnementaux**▪ Acceptabilité et accessibilité du tabac**

Tant l'acceptabilité que l'accessibilité aux produits du tabac influenceraient le comportement tabagique des jeunes. La publicité et les activités promotionnelles de l'industrie du tabac, la présence importante d'acteurs faisant usage du tabac dans les émissions de télévision ou les films, le non-respect ou l'absence de lois interdisant la vente de tabac aux mineurs, le faible prix des produits du tabac sont tous des facteurs qui ont contribué au cours des ans à rendre les produits du tabac acceptables et facilement accessibles aux jeunes. De même, les messages véhiculés dans les médias ont renforcé l'idée que fumer était un comportement d'adulte, sophistiqué, attrayant et sexy. Ces messages ont ainsi contrecarré l'information se rapportant aux effets nocifs du tabac sur la santé et les efforts visant à informer la population que l'usage du tabac ne devrait pas être considéré comme normal (Institute of Médecine, 1994 p.55).

c) Influence familiale

Selon plusieurs études, le tabagisme des parents serait associé au tabagisme de leurs enfants. Dans une recension des écrits sur les facteurs psychosociaux reliés au tabagisme des jeunes, environ deux fois plus d'études ont trouvé que le tabagisme des parents augmentait de façon significative le risque de tabagisme chez les jeunes et ce, plus chez les filles que chez les garçons (Tyas, S. et Pederson L, 1998). Le parent qui fume constitue en effet un modèle de comportement que le jeune peut suivre et fournit la possibilité à ce dernier d'obtenir des cigarettes pour expérimenter (DHS, 1994) et le statut tabagique des parents serait toutefois modulée par d'autres facteurs malgré que

la présence de règles et de punitions à la maison réduirait le risque de fumer chez les enfants et les jeunes.

d) Influence des amis, des pairs

La plupart des jeunes sont fortement influencés par leurs amis et leur perception de ce qui est acceptable ou non dans un groupe. Il en est de même pour l'usage du tabac. Avoir parmi ses meilleurs amis des fumeurs est probablement le facteur prédictif le plus puissant et le plus régulièrement identifié du tabagisme des jeunes de 14 à 25 ans (P. Jacobson, 2001). Les adolescents ont tendance à surestimer la prévalence du tabagisme chez leurs pairs, jusqu'à 50 % de plus (Wassermann et Pollack H, 2001). Cette perception erronée serait un déterminant du tabagisme plus important que l'usage réel du tabac par les amis (Tyas, S. et Pederson, L, 1998).

1.6.6. Les conséquences liées aux tabagisme

Maintenant que le concept de dépendance au tabac est énoncé, Il est intéressant de regarder aux conséquences liées aux tabagisme chez les jeunes.

La précocité de l'initiation au tabagisme représente un souci majeur en santé publique. L'initiation précoce prédit en effet une plus forte dépendance, et une plus faible capacité à cesser de fumer. Les sujets ayant commencé à fumer avant l'âge de 16 ans ont une probabilité deux fois plus élevée que ceux qui ont commencé à fumer après cet âge de demeurer fumeur à l'âge de 60 ans (N. Abrous, H.J Aubin, et al., 2004, p.473).

Les effets ou conséquences liées aux tabagisme sont classifiées selon deux termes ; long terme et court terme.

a) Les effets à court terme

La plu part des gens ne regardent que les risquent à long terme et pensent que les effets néfastes du tabac n'apparaissent qu'après quelques années. Mais de nombreuses conséquences sanitaires peuvent se manifester assez rapidement. Le tabagisme est responsable d'une légère obstruction des voies respiratoires, d'une réduction de la fonction pulmonaire, et d'un ralentissement de la croissance de la fonction pulmonaire chez les jeunes (Gold DR, et al. 1996, p.335, 931-37).

Selon DHHS (1994), La fréquence cardiaque au repos chez les jeunes adultes fumeurs est de deux à trois battements par minute plus rapide que chez les non-fumeurs ; par ailleurs, les études ont montré que l'on peut déceler chez les jeunes fumeurs des signes précoces de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral.

b) Les effets à long terme

Selon l'Organisation Mondiales de la Santé (OMS, 2008), une dépendance tabagique à vie commence avant l'âge de 18 ans. La consommation de tabac à long terme provoque un grand nombre de cancers et de maladies chroniques et notamment des cancers du poumon et de l'estomac, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies coronariennes. La moitié des fumeurs à long terme mourront de maladies liées au tabac.

Le tabagisme nuit donc aussi à la santé des non-fumeurs (tabagisme passif). Il n'existe pas d'exposition durable sans risque (CDC, 2006). Les bébés nés de femmes qui fument pèsent moins à la naissance, sont davantage exposés aux maladies respiratoires risquent un faible poids de naissance et de succomber au syndrome de la mort subite du nourrisson. Les enfants qui sont exposés à la

fumée de tabac ont des risques plus élevés pour des maladies respiratoires, de l'asthme, des otites et des allergies.

Les non-fumeurs adultes exposés à la fumée passive courent un risque plus élevé de maladies mortelles et invalidantes : D'après L'OMS, des études scientifiques montrent que l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de mourir suite à une maladie cardiaque d'environ 30 %, cause le cancer du poumon et autres cancers, et réduit considérablement les capacités respiratoires pulmonaires (OMS, 2006).

Les coûts économiques du tabagisme sont tout aussi dévastateurs et ne se limitent pas aux dépenses de santé publique pour traiter les maladies provoquées par le tabac. Les victimes meurent pendant la période la plus productive de leur vie, privant les familles de leur soutien et les nations d'une main d'œuvre en bonne santé. Alors, il n'y a donc pas de consommation de tabac et de ses produits sans risque.

1.7. Les modèles de prévention de tabagisme

Depuis l'antiquité, les sociétés ont souhaité anticiper la survenue d'un mal et intervenir pour le contrecarrer. Actuellement la société et les pouvoirs publics mettent en place des stratégies de prévention et de soins pour les addictions (L. Fernandez, 2002 p.114). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) ; La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Il a proposé la distinction entre les préventions et les luttes contre les maladies, infections ou les conduites addictives.

En ce qui concerne le tabac, la prévention du tabagisme est jugée prioritaire à plusieurs titres : le tabagisme est de toute évidence le comportement à risque qui cause le plus de décès à terme (Payne Epps et coll., 1995) ; alors action et programmes de prévention, d'intervention, et d'éducation été mises en place pour lutter et contrecarrer le tabagisme, et parmi ces actions et programmes, on peut souligner :

1.7.1. Les programme de prévention du tabagisme en milieu scolaire

Ces programmes de prévention ont pour l'objectif d'apporter exclusivement des informations sur les dangers du tabac utilisant les leçons, enseignement par les pairs, création d'affiches etc. (Binyet et De Haller, 1993 ; Lamkin et Houston, 1998). Dans ces programmes de prévention, les enseignants jouer un rôle important (Nutbeam, 1995). Leur intervention au niveau collectif, par classe ou par niveau scolaire, doit comporter au moins 5 sessions, situées entre la fin de l'école primaire et les deux premières années de l'école secondaire. Les objectifs de ces programmes sont :

- De permettre aux élèves de maîtriser des connaissances et des compétences relatives à leur santé et à leur bien-être, notamment dans le domaine des addictions (tabac, alcool, cannabis).

- Elles permettent de développer chez les élèves des compétences leur permettant de faire des choix responsables.

- Elles permettent aux élèves de connaître et de s'appropriier les lois (loi de 1970, loi Évin) et les règlements.

- Elles donnent les moyens aux élèves d'être aptes à demander de l'aide pour eux et pour les autres.

1.7.2. Les interventions communautaires

Ces programmes communautaires regroupent les différentes activités actualisées par les communautés à dénormaliser le tabagisme et à en décourager l'usage, à promouvoir un environnement sans tabac et à augmenter l'accès aux ressources d'aide à l'arrêt tabagique. C'est à travers les institutions, les organisations et les réseaux sociaux que des interventions coordonnées peuvent façonner un environnement favorable à la santé des individus en proposant le statut de non-fumeur comme norme socialement acceptée. Cette approche s'adresse à tous les membres d'une communauté, y compris les jeunes (Monique L, et B. Heneman 2004, p.77).

« Les programmes communautaires locaux se caractérisent par une gamme étendue d'activités de prévention incluant notamment l'intégration des jeunes à la conception et à la réalisation des interventions antitabac, la création de partenariats avec des organisations locales, le lancement de programmes éducatifs pour les jeunes, les parents, les forces de l'ordre, les dirigeants communautaires et ceux du milieu des affaires, le personnel des services de santé, le personnel scolaire et autres, la promotion de politiques gouvernementales et volontaires visant à assainir l'air des bâtiments, à restreindre la vente des produits du tabac, à rendre le traitement de désintoxication assurable, et à atteindre d'autres grands objectifs de protection de la santé. »

Les programmes communautaires visent quatre grands objectifs : prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes, soutenir la cessation pour les fumeurs, protéger de la fumée de tabac dans l'environnement (FTE), et éliminer

les disparités de l'usage du tabac parmi les populations (Centers for Disease Control and Prevention (1999)).

Conclusion

La consommation de tabac et la dépendance est un problème de santé public depuis plusieurs décennies du fait que ce phénomène constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics et des professionnels de la santé. Cette consommation engendre des conséquences sur le plan social, familial et relationnel. Parmi les conséquences sur le plan social, on a le manque dans les compétences sociales ou manque d'affirmation de soi, que l'on va aborder dans le prochain chapitre.

Chapitre 2

L'affirmation de soi

Préambule

Selon plusieurs recherches, certains auteurs ont constaté un décalage du comportement d'affirmation de soi chez les jeunes, particulièrement chez les consommateurs de tabac. Ce comportement d'affirmation de soi n'est pas seulement une qualité intrinsèque ou une aptitude invariante ; c'est plutôt un axe de conduite que l'individu choisit d'adopter à un moment précis et face à chaque situation de la vie. Dans ce second chapitre, nous allons étudier et clarifier le concept "d'affirmation de soi". Cette partie se compose principalement de deux parties : La première portant sur les définitions et la théorisation du concept de l'affirmation de soi incluant la genèse et se termine avec les caractéristiques de l'affirmation de soi et la seconde partie décrit les comportements, les thérapies de l'affirmation de soi et on termine avec l'affirmation de soi chez les fumeurs.

2.1. Définitions de l'affirmation de soi

Le concept d'affirmation de soi n'est pas facile à définir car il englobe une multitude de comportements ou d'expressions verbales comprises dans un très grand nombre de relations interpersonnelles.

Le premier auteur qui a défini le concept de l'affirmation de soi de façon claire et précise est Salter (1949). Il considère l'affirmation de soi essentiellement comme un trait généralisé. Il utilise le terme extériorisation de soi pour englober l'expression de toutes les émotions d'un individu dans les situations courantes de sa vie quotidienne. Pour Salter ; la force et la réussite

globale d'un individu se caractérise par la facilité avec laquelle il s'extériorise dans différentes situations (J. Chapdelaine 1990, p.06).

Pour E. Schuler (1999), l'affirmation de soi, est l'aptitude faire face à une situation quelconque, à définir clairement sa position, à la faire connaître, à la défendre sans agressivité tout en admettant des positions différentes de la part des autres". Cela veut dire qu'être assertifs ou faire preuve d'assertivité, est la faculté de pouvoir exprimer ce que nous désirons, sentons, voulons et ne voulons pas.

Dans le même ordre d'idée, L. Kelly et Sandra (1994) définissent l'affirmation de soi comme « savoir exprimer nos opinions, nos sentiments nos besoins et ce que nous ressentons. Pour eux, l'affirmation de soi est une attitude intérieure qui consiste à croire que nous avons une valeur. C'est le pouvoir d'agir face à ses besoins, à son environnement ».

2.1.1. Théorisations du concept d'affirmation de soi

Le concept de l'affirmation de soi occupe une place importante en psychologie sociale et en psychologie de la personnalité et il est marqué par différentes théories depuis les premières recherches et études sur le sujet. En effet, chaque psychologue a essayé de lui donner une définition et d'y émettre sa propre théorie.

Wolpe (1958), en employant le terme affirmation de soi, il ne se réfère pas seulement à un comportement plus ou moins agressif tel que décrit par Salter (1949), mais aussi à l'expression des sentiments positifs et affectueux. Toujours avec le même souci de mieux définir l'affirmation de soi en étant plus

spécifique. Wolpe observe d'abord que plusieurs individus timides ne peuvent s'engager dans l'expression de comportements affirmatifs adéquats à cause de leur anxiété. Dès lors, il assume que le comportement affirmatif et l'anxiété sont incompatibles, l'un inhibant réciproquement l'autre, d'où son principe d'inhibition avancé à cette époque. A partir de ce moment, sa préoccupation principale est d'aider les individus à réduire leur niveau élevé d'anxiété. Suite à ces travaux, Wolpe (1969) suggère une description plus spécifique de l'affirmation de soi en considérant toute l'importance des nombreuses situations possibles dans laquelle l'affirmation de soi peut être exprimée. Il reconnaît alors que différentes classes de réponses affirmatives sont directement reliées avec les nombreuses situations courantes vécues par un individu.

C. Céline Zupancie (2007) et ses collaborateurs estiment que, l'affirmation de soi est la base d'une communication saine, appropriée et épanouissante. S'affirmer c'est exprimer le plus directement et le plus sincèrement possible ce que l'on pense, ce que l'on veut, ce que l'on ressent. C'est agir selon ses propres intérêts et faire respecter ses droits sans pour autant porter atteinte à ceux des autres. « Communiquer de façon affirmée » c'est exprimer ses sentiments et ses façons de voir, par des mots, des gestes, ceci de façon calme, honnête et appropriée, tout en voulant connaître les sentiments, les pensées et la manière de voir d'autrui.

Guildford (1959) ; décrit la personne affirmative comme maintenant ses droits. Elle prend aussi des initiatives sociales. Ne craignant pas d'être remarquée, elle est un leader ; elle prend facilement la parole ou dirige la conversation. De plus, l'idée de parler d'elle-même ne la répugne pas. On remarque que cette description a certaines similitudes avec la définition de la

personne typiquement extravertie. En effet, plusieurs chercheurs, utilisant le *Allport A-S scale* et le *Laird's Personal Inventory* ou le *Heidbreder Test* d'introversion-extraversion, ont trouvé une corrélation légèrement positive entre l'affirmation de soi et l'extraversion. Ils ont voulu eux-mêmes vérifier davantage cette hypothèse et confirmèrent une corrélation positive élevée entre l'affirmation de soi et l'extraversion.

D'autres auteurs s'intéressent, par la suite, au concept de l'affirmation de soi mais les définitions sont plutôt vagues et générales. Lazarus (1971) définit l'affirmation de soi comme la facilité d'exprimer librement ses émotions. Pour Lieberman (1972), c'est l'habilité de s'exprimer soi-même. Dans le but de préciser le concept de l'affirmation de soi. Alberti et Emmons (1974) avancent que l'affirmation de soi est une classe de comportements qui permet à l'individu d'agir dans son propre intérêt, d'être capable de se défendre sans trop d'anxiété et d'exprimer ses droits sans brimer ceux des autres.

2.2. La genèse d'affirmation de soi

Maintenant que les définitions et la théorisation de l'affirmation sont énoncées. Il est intéressant de regarder comment une personne développe son affirmation de soi pour en venir à se comporter de façon affirmative ou non. La genèse de l'affirmation de soi est abordée à l'aide du point de vue de différents auteurs mentionnant :

Le point de vue de Salter (1949) et Wolpe (1958) : Selon Salter, l'affirmation de soi est acquise dès le départ mais elle est rapidement inhibée par l'entourage. Les individus ont une tendance naturelle à s'exprimer (excitatory behaviors) mais lorsque ces comportements sont punis ils deviennent alors rapidement inhibés (inhibitory behaviors). Cette inhibition

peut se développer et se généraliser à l'âge adulte par une foule de comportements inadaptés et par des relations sociales difficiles. Pour sa part, Wolpe (1958) considère que les individus peuvent exprimer leurs sentiments de façon naturelle. Ils possèdent en eux la façon d'agir ou de parler correctement mais en sont incapables dû à leur anxiété. Selon lui, C'est l'anxiété développée par les individus qui inhibe les réponses affirmatives.

Le point de vue apporté par différents auteurs montrent que l'affirmation de soi s'apprend. Certains individus n'ont jamais acquis de réponses affirmatives dans leur répertoire de comportements et ne peuvent donc pas agir de façon affirmative. Laws et Serber (1971) affirment que l'entraînement à l'affirmation avec ce genre d'individus devient un processus d'habilitation plutôt qu'un processus de réhabilitation d'anciens comportements. Lazarus (1971) croit que l'incapacité des individus à s'affirmer découle du fait qu'ils n'ont pas les habiletés nécessaires pour le faire. Il note que « des techniques spécifiques sont souvent nécessaires pour apprendre aux gens à exprimer leurs sentiments de façon appropriée ». Hersen et al., (1973) indiquent que plusieurs patients ne peuvent réagir adéquatement dans des interactions données parce qu'ils n'ont jamais appris les réponses verbales et non-verbales appropriées. Alors il faut apprendre à l'individu éprouvant de la difficulté à s'exprimer ; une nouvelle façon de répondre. Il faut lui montrer les réponses appropriées qui ne sont pas présentes dans son répertoire de comportements actuel.

Selon le point de vue apporté par Fiedler et Beach (1978) Dans une perspective socio-cognitive ou encore d'apprentissage social, certains individus évaluent d'abord les conséquences encourues selon qu'elles sont affirmatives ou non. Ensuite, ces individus choisissent le comportement qui est le plus favorable

pour eux en terme de dividendes. La décision d'être affirmatif ou non peut varier selon les conséquences imaginées par l'individu dans les diverses situations rencontrées. Pour ces auteurs, la différence entre les gens affirmatifs et ceux qui ne le sont pas, se situe souvent au niveau de leur évaluation des conséquences à agir de façon affirmative. Il se peut très bien qu'une personne agisse de façon affirmative dans une situation et qu'elle juge préférable de ne pas agir de façon affirmative dans une autre situation.

Dans une perspective d'apprentissage social, certains individus peuvent évaluer les conséquences encourues avant d'agir de façon affirmative ou non.

On peut conclure que les différents points de vue de la genèse de l'affirmation de soi sont assez variés et complexes. Premièrement, certains auteurs font appel à la notion d'inné ou de naturel. Deuxièmement, d'autres auteurs mentionnent surtout le point de vue d'acquis ou d'apprentissage. Troisièmement, dans une perspective d'apprentissage social, certains individus peuvent évaluer les conséquences encourues avant d'agir de façon affirmative ou non. La difficulté majeure pour bien comprendre la genèse de l'affirmation de soi réside dans le fait que ces différents points de vue peuvent tous être plus ou moins présents selon la catégorie d'affirmation de soi considérée. (J. Chapdelaine. 1990, p.11-16).

2.3. Les caractéristiques de l'affirmation de soi

Maintenant que la genèse de l'affirmation de soi est présentée, il est possible de regarder les caractéristiques non-verbale qui définissent les différents comportements d'affirmation de soi.

Selon la Psychologie de la communication de Jean-Marie Boisvert et Madeleine Beaudry (2012), il existe plusieurs caractéristiques de comportements d'affirmation de soi. Parmi ces caractéristiques, on en trouve :

Le regard : Il est remarqué que les gens anxieux et non affirmatifs ont souvent tendance à regarder en haut, en bas, autour et non pas directement dans les yeux de la personne à qui ils parlent. Quand ils ont des contacts des yeux avec la personne, Ils pensent que cela a une tendance à ne pas prendre cette personne au sérieux. D'un autre côté, quand ils regardent les autres personnes avec qui ils parlent, ils sont généralement perçus de façon plus favorable et confiante. Alors il faut enfin remarquer qu'un bon contact des yeux est différent d'un regard perçant et fixe, qui est caractéristique d'un comportement agressif.

La posture : La posture est aussi une composante non verbale importante dans l'expression d'un message. Une apparence rigide, tendue ou molle et affaissée donne un sens différent à un message. Un corps rigide et tendu gêne l'expression libre des sentiments, tandis qu'un corps affaisse et mou communique souvent d'être désintéressé et indifférent.

Les gestes : Certains individus manifestent leur anxiété par des gestes excessifs ou inappropriés de la tête, des mains et du corps. Pour les autres, ces gestes ne sont qu'une habitude. Cependant, trop de mouvements peuvent détourner l'attention du message verbal. Les gestes inappropriés confondent l'autre personne pendant la conversation parce qu'ils contredisent souvent le message verbal.

L'expression faciale : Depuis plusieurs années, les psychologues sociaux tentent de déterminer dans quelle mesure les gens peuvent-ils identifier l'émotion de quelqu'un à partir de son expression faciale. Il semble possible a

un observateur d'identifier les émotions d'une personne s'il est familier avec cette personne et s'il connaît ses normes culturelles. Par ailleurs, comme l'expression faciale est très flexible et varie de façon très subtile, elle peut appuyer, modifier ou même contredire les sens de l'expression verbale. Par exemple, sourire quand on dit quelque chose de sérieux ou être sérieux quand on dit quelque chose d'agréable peut amener de la confusion dans le message.

La voix : il y a plusieurs caractéristiques de la voix qui viennent ajouter un sens au contenu verbal. Par exemple, la voix peut être douce, forte, stridente ; le ton peut être sarcastique, humoristique, pleurnichard, etc. La voix peut donc, tout comme les autres composantes non verbales, aider ou nuire à l'expression de ce que l'individu voudrait dire et appuyer ou non les comportements passifs, manipulateurs, agressifs et affirmatifs (J.M Boisvert et M. Beaudry., 2012, p.86-87).

2.4. Les comportements explicatives d'affirmation de soi

Pour mieux comprendre l'affirmation de soi, Jean-Marie Boisvert et Madeleine Beaudry (2012) ont élaboré les différents comportements utilisés par les individus dans l'affirmation de soi. Ces comportements sont :

2.4.1. Le comportement affirmatif

Le comportement affirmatif est complexe puisqu'il répond aux différents types de situations interpersonnelles : situations où quelqu'un d'autres prend l'initiative (par exemple, quelqu'un commence une conversation et il cherche la réponse) et situations où la personne elle-même doit prendre l'initiative (par exemple, pour demander quelque chose, il commence une conversation, etc.). Dans cet ensemble de situations interpersonnelles, les personnes les plus

affirmatives parlent en général plus fort que les autres, répondent plus vite aux questions, font des phrases plus longues, montrent davantage leurs émotions personnelles, se plaignent moins et demandent plus souvent des changements dans le comportement des autres que les personnes moins affirmatives.

Alors le comportement affirmatif, c'est exprimer ses pensées, ses sentiments et ses façons de voir par des mots ou des gestes et d'une façon calme, honnête et appropriée, tout en voulant connaître les sentiments, les pensées et les façons de voir de l'autre. Ceci implique deux types de respect : le respect de soi-même en exprimant ses besoins, ses goûts, ses idées et ses droits et le respect de l'autre en reconnaissant les besoins, les goûts, les idées et les droits de l'autre (J.M Boisvert et M. Beaudry., 2012 p73-74).

2.4.2. Le comportement passif

Le comportement passif se caractérise par le fait que l'individu ne respecte pas ses propres besoins, droits et sentiments. Il les oublie ou ne leur accorde pas d'importance par rapport à ceux de l'autre. Il permet à l'autre de choisir à sa place. Il accepte tout des autres sans rien demander pour lui-même. Par ses réactions, il montre qu'il a tort et que l'autre a raison. L'individu passif dit à l'autre : « excuse-moi d'être là ! fais comme si je n'y étais pas. Ne t'occupe pas de moi. Je ne suis pas important ».

Evidemment, un tel comportement permet difficilement de prendre des initiatives, de réaliser ce qu'il veut et d'atteindre des buts personnels. C'est donc un comportement inefficace. La personne qui a un comportement passif laisse les autres décider de ce qu'elle fera. De plus, elle croit que sa passivité sera plus appréciée par les autres ou aura des conséquences plus agréables qu'un comportement affirmatif.

Selon P.M Lewsohn (1974), ce comportement produit souvent des sentiments de malaise et de frustration qui conduisent à la dépression, l'anxiété ou même la colère (JM Boisvert et Madeleine B, 2012 p75-76).

2.4.3. Le comportement manipulateur

Apparemment, il est normal d'essayer d'obtenir les « bonnes grâces » de quelqu'un dans une situation où il peut profiter. Par exemple, dans une entrevue de sélection pour un emploi, une personne essaiera de saisir ce qui plait le plus à l'évaluateur afin d'obtenir l'emploi. C'est évident qu'on a tous expérimenté cette forme de séduction plus ou moins habile et subtile pour obtenir une permission de ses parents, pour emprunter quelque chose ou pour demander un service à quelqu'un. Cependant, certaines personnes sont passées maîtres dans cet art que l'on appelle « manipulation ».

Selon l'inspiration du prince philosophe Italien Machiavel, le comportement manipulateur peut être considéré comme celui qui cherche à satisfaire les volontés d'un individu par des moyens non explicites ou détournés. C'est une façon d'exploiter les autres de façon rusée, en changeant ses opinions selon les personnes, en utilisant compliments, flatteries ou menaces au besoin.

Un tel comportement est souvent efficace pour atteindre un but, si ce but est habilement camouflé et si les autres sont passifs et ne se rendent pas compte de la manipulation. Mais il en résulte facilement un sentiment de malaise chez les autres qui se rendent compte après le coup qu'ils n'ont pas été respectés (JM Boisvert et Madeleine B, 2012 p77-79).

2.4.4. Le comportement agressif

Concernant ce comportement, l'agression est définie comme étant « l'expression hostile de ses préférences par des mots ou des actions de manière

à obliger l'autre à se soumettre à ses préférences » ou encore « n'importe quel acte qui enlève ou diminue les droits des autres personnes » (M. Macdonald, 1974).

Contrairement à la personne passive, qui oublie ses droits et ses besoins, l'individu agressif ne voit pas ceux des autres. Il refuse aux autres le droit de satisfaire leurs besoins, un peu comme le manipulateur. Mais, contrairement au manipulateur, il communique très clairement et directement ses propres besoins et sentiments. Cependant, comme il ne tient pas compte de ceux des autres, il ne communique pas d'une façon appropriée et a un moment qui lui permettrait de s'entendre avec les autres. D'une certaine façon, il dit à l'autre : « voici ce que je pense. Je veux absolument que tu m'écoutes. Toi, tu es stupide de penser autrement. Voici ce que je veux et tu vas le faire. Voici ce que je ressens. Toi tu n'es pas important. »

Le comportement agressif dans l'affirmation de soi est celui qu'utilise la coercition, c'est à dire menacer ou punir afin d'obtenir l'accord de quelqu'un. Il rejette, ridiculise et rabaisse l'autre. Il accroît ainsi les chances de contre-attaque, crée de la colère et de l'hostilité et diminue la possibilité d'entente entre les personnes. L'expression non verbale est menaçante et crée de la peur. (JM Boisvert et Madeleine B., 2012 p.79-81).

2.5. Les thérapies de l'affirmation de soi

Maintenant que les différents comportements de l'affirmation de soi sont énoncés, Il est intéressant de regarder les thérapies qui expliquent les pratiques d'affirmation de soi des points de vue différents :

a) La thérapie humaniste

La thérapie humaniste est centrée sur les processus relationnel, permettant à l'autre de vivre une expérience relationnelle saine, positive et authentique, dans le respect des rôles de chacun.

L'affirmation de soi chez les humanistes est la capacité d'être expressif de soi : de ses opinions, de ses valeurs, de ses émotions, de ses besoins et de ses limites. On peut s'affirmer en s'exprimant verbalement mais aussi en agissant. « Lorsque je pose un geste pour respecter mes limites, je m'affirme ; Lorsque je contribue au recyclage pour respecter mes convictions profondes, je m'affirme ; Lorsque je donne mon point de vue lors d'une discussion avec mes collègues, je m'affirme ; Lorsque je dis non à une proposition pour faire ce dont j'ai envie, je m'affirme ; Lorsque je me sens seule et que j'invite des ami(e)s pour le souper, je m'affirme. » Tous les gestes que je pose pour respecter ce que je suis sont des gestes d'affirmation de soi. L'expression de soi peut donc se faire tant en paroles qu'en gestes (ibid.).

b) Les thérapies cognitivistes et comportementales

La thérapie cognitiviste et comportementale est une forme de psychothérapie qui, à travers de nombreuses études cliniques, s'est révélée efficace dans le traitement d'une grande variété de troubles psychiques. Le psychothérapeute et le patient collaborent ensemble afin d'identifier et de résoudre les problèmes. Le thérapeute aide le patient à dépasser ses difficultés en mettant en évidence et en modifiant ses schémas de pensée dysfonctionnels (cognition) sa manière d'agir (comportement), ainsi que ses réponses émotionnelles inadaptées (émotion).

L'affirmation de soi peut être pratiquée en groupe, ou dans le cadre de séances individuelles. L'objectif est de pouvoir mieux s'affirmer dans les situations relationnelles : avec ses amis, sa famille, ses collègues, son chef, etc.

Il s'agit d'apprendre notamment par des jeux de rôle à exprimer ses besoins et ses opinions, à dire non, à faire des demandes, à faire ou à recevoir des critiques ou des compliments. Les groupes d'affirmation de soi organisés s'adressent à toutes les personnes désireuses de développer leurs compétences sociales dans un cadre privilégié axé sur l'échange et l'expérimentation (JM Boisvert et Madeleine B, 2012).

c) La thérapie interpersonnelle

Concernant la thérapie interpersonnelle, l'affirmation de soi est considérée comme un outil thérapeutique particulièrement efficace qui peut jouer un rôle de premier plan dans le traitement de l'anxiété, de la dépression, du manque d'estime et de confiance en soi ainsi que dans l'amélioration des relations avec les autres.

Selon F. Fanget et B. Rouchouse (2007) ; la thérapie interpersonnelle met en disposition toutes les qualités du développement personnel, de la relation d'aide et de la communication.

Pour Cottraux, (1999), c'est une thérapie à court terme en temps limité : 12 à 20 séances sur 4 mois en général. Elle se focalise sur les relations inter et intra personnelles au niveau de la communication, les comportements, dans l'environnement déterminant. Elle est focalisée et se centre sur les relations interpersonnelles, le présent et non sur le passé des relations. La thérapie est interpersonnelle mais non intrapsychique ; le thérapeute ne cherche pas à aider le patient à voir la situation actuelle comme la manifestation d'un conflit interne et ne se centre pas sur les rêves. Par contre dans la thérapie cognitive et comportementale, les comportements comme l'absence d'affirmation de soi, la culpabilité et le manque de compétences sociales sont étudiés, mais en relation avec les personnages clés de la vie du patient. (J. Cottraux, 1999, p.16)

2.6. L'affirmation de soi chez les fumeurs

Maintenant que le concept de l'affirmation de soi est présenté, il est possible de regarder de plus près l'affirmation de soi chez les fumeurs et comment cette consommation importante de tabac s'accompagne d'un niveau d'affirmation de soi plus dévalorisé chez les jeunes.

Selon un étude longitudinale menée dans un collège français par F. Fanget et B. Rouchouse (2009) ; auprès de 200 jeunes fumeurs, en évaluant leur comportement tabagique et leur niveau d'affirmation de soi à quatre reprises qui a duré d'un mois jusqu'à 18 mois. Au cours de cette étude Fanget et son collègue ont constaté que les jeunes fumeurs manifestent une dépendance tabagique et un déficit au niveau de l'affirmation de soi, qui s'explique par leur incapacité de communiquer leur sentiment ouvertement et franchement par peur d'être jugée par les autres. Ils se sentent inférieurs à l'égard des pairs en acceptant leur proposition pour éviter toute sorte de conflit, parfois ils fuient les discussions dans le but de ne pas être le sujet de moquerie des pairs. Par contre les jeunes non-fumeurs s'affirment et sont capables d'exprimer leur opinion sans ambiguïté ou agressivité et sans rechercher à l'imposer aux autres (F. Fanget et B. Rocheuse, 2009, p.186).

Dans une autre étude menée par Steele (1988) ; sur les messages de prévention, de part le fait qu'ils sont stigmatisant et vont à l'encontre du comportement tabagique, engendrant chez le fumeur une menace pour son image personnelle et pour son identité de fumeur. Cela conduit l'individu à se défendre contre ce message en refusant son contenu et fait que le fumeur refuse de prendre en compte les risques qu'implique son comportement (maladies cardio-vasculaires, cancers). Ainsi, pour augmenter l'efficacité des messages de

prévention et donc revaloriser l'image des sujets, Steele (1988) a mis au point la théorie de l'affirmation de soi. Partant de ce point, l'expérience qui va être présentée avait pour but de tester si le fait de s'auto-affirmer et de lire un message non-menaçant au niveau de l'identité du fumeur avait une influence à court ou à long terme sur son intention de respecter les espaces non-fumeurs.

Les résultats ont montré que les sujets avaient une attitude moins favorable envers le tabac après les manipulations expérimentales et que ce changement était plus grand chez les fumeurs ayant une forte identité. Par ailleurs, les fumeurs ayant une forte identité se sentent moins menacés par le message que ceux ayant une faible identité et l'auto-affirmation réduit l'efficacité perçue du message. En outre, le message non-menaçant et l'auto-affirmation provoquent une moindre envie d'arrêter de fumer. Au niveau de l'intention de respecter les espaces non-fumeurs, il apparaît que les sujets augmentent leur intention comportementale à court terme, mais pas à long terme. L'étude nous permet donc de mettre en évidence que la théorie de l'affirmation de soi ne s'avère pas très concluante dans le domaine du tabagisme (Steele C.M. 1988., p.261-302).

Alors on peut souligner que la consommation de tabac chez les jeunes est considérée comme un des moyens de lutter contre le sentiment d'échec en permettant de s'imposer dans des groupes sociaux. En plus elle est considérée comme un moyen permettant un contrôle important des émotions, le besoin d'identification, la recherche du plaisir et l'opposition au monde externe (N. Oubrayrie-Roussel et C. Safont-Mottay, 2001 p.16-18).

Conclusion

L'affirmation de soi étant liée à la valeur que l'on s'attribue dans les différents aspects de notre vie, elle peut également varier selon les différents aspects d'une même personne : sur le plan physique, sur le plan intellectuel, ou sur le plan social. En plus, notre affirmation de soi n'est pas identique dans les différentes sphères de notre vie : on peut avoir une bonne affirmation de soi à l'école et une moins bonne dans la vie familiale ou sociale. Alors l'affirmation de soi est une caractéristique potentielle dans le développement du comportement qui permet aux jeunes de se positionner par rapport aux différentes situations et résister aux pressions qui émanent de l'environnement. C'est pour cette raison que certains jeunes qui présente un manque dans les compétences sociaux et relations interpersonnelles faire appel à les conduites tabagique comme un moyen de lutte contre les échecs sociaux et les échecs scolaires.

Partie pratique

La Méthodologie de la Recherche

Préambule

Tout travail dans la recherche scientifique, exige de suivre une méthodologie bien précise et suivre ses étapes qui correspondent à la nature des informations demandées. Dans cette partie, nous allons vous présenter la méthodologie suivie dans la recherche ; le lieu, les techniques et la méthode utilisées dans cette recherche et enfin le déroulement de la pratique de recherche sur le thème qui s'intitule « La consommation du tabac, dépendance et affirmation de soi. ». L'objectif principal de cette recherche vise à éclairer la problématique principale qui tentait de répondre à l'hypothèse : Les fumeurs qui présentent une dépendance aux produits tabagiques, sont susceptibles de présenter une faible affirmation de soi.

3.1. La démarche de la recherche

La recherche en Science Humaines et Sociales fait appel à un ensemble d'étapes suivies par les chercheurs pour arriver à un résultat fiable. C'est ces étapes qui constituent une démarche scientifique.

La démarche scientifique fait appel au raisonnement et à l'analyse des faits expérimentaux, les observations, les mesures, l'enregistrement de données, la modélisation, la simulation et les enquêtes qui sont les parties principales de la démarche de la recherche.

La démarche de la recherche consiste à « faire émerger les éléments observables ou quantifiables, de les confronter aux hypothèses, de pouvoir maîtriser la démarche pour éventuellement la reproduire et de pouvoir discuter de tous les résultats » (A. Giordan, 2003., p48).

Selon Gérard de Vecchi (1997), il est important dans une démarche de la recherche, de chercher, de regarder la réalité avec un autre œil, et d'être à l'affût des

contradictions qui nous interpellent et qui nous amènent à nous poser des questions : c'est enfin, construire des modèles explicatifs qui nous permettent d'appréhender le monde qui nous entoure. »

La démarche de la recherche est regroupée en différentes phases qui permettent au chercheur d'accueillir les informations pertinentes à son thème de recherche. Parmi ces phases, on a la « Pré-enquête ». La pré-enquête est une des phases cruciales dans la préparation de toutes les recherches scientifiques. Divisée en deux, la première phase de la pré-enquête consiste à compiler les documents qui ont un rapport étroit avec notre travail de recherche et a pour l'objet de recenser le plus de connaissance et d'information sur le sujet à étudier. La deuxième correspond à un déplacement sur le terrain afin d'être en contact direct avec la réalité de la recherche et elle permet d'être familiarisé de la façon la plus complète possible avec le sujet de recherche.

Dans notre recherche, la pré-enquête nous a fourni des informations et des idées pour la formulation d'une problématique sur laquelle se fonde la présente recherche. Celle-ci était suivie par des hypothèses. La pré-enquête nous a mis en contact direct avec le terrain pour découvrir le monde mystérieux des jeunes consommateurs de tabac qui manifestent une dépendance au tabac, et cette conduite corrélée avec une faiblesse au niveau des compétences sociales plus précisément l'affirmation de soi.

Des psychologues emploient diverses méthodes de recherche, ou des combinaisons de méthodes, selon la nature des questions auxquelles ils cherchent à répondre. Parmi ces méthodes, les cliniciens utilisent la méthode descriptive car elle permet de décrire et même de prédire le comportement d'une personne ou d'un groupe. Décrire, est rendre compte, par l'observation de la situation ou d'activité

mise en œuvre par des sujets, en identifiant leur caractéristique et leur condition d'apparition ou de changement.

Selon Maurice Angers (1996), la méthode descriptive est utilisée par les cliniciens pour décrire les comportements des individus, elle vise aussi à comprendre les différentes manifestations au cours d'une situation qui réunit le clinicien et le sujet. Cette méthode permet de progresser de l'intérieur à l'extérieur et de l'objectif au subjectif (M. Angers, 1996, p69). D'autres études montrent que cette méthode est employée principalement par les chercheurs pour décrire les comportements des individus, comparer des groupes de personnes et parvenir à des généralisations sur le comportement humain (H. Benony et KH. Chahraoui, 1999, p96).

Pour cette raison, nous avons opté pour cette méthode dans le cadre de notre recherche, en utilisant les tests pour nous faciliter d'obtention des informations précises sur notre population d'étude et en plus la méthode est importante dans la vérification afin de confirmer ou d'infirmes nos hypothèses.

3.2. La méthode suivie dans l'analyse des résultats de la recherche

La méthode d'analyse que nous avons utilisée pour traiter et décortiquer les données recueillies dans ce travail de recherche est la Méthode Quantitative.

Selon (Van der Maren, 1996), la méthode quantitative vise à recueillir des données observables et quantifiables. Ce type de recherche consiste à décrire, à expliquer, à contrôler et à prédire en se fondant sur l'observation de faits et événements « positifs », c'est-à-dire existant indépendamment du chercheur, des faits objectifs. Cette méthode s'appuie sur des instruments ou techniques de recherche quantitatives de collecte de données dont en principe la fidélité et la validité sont assurées. Elle aboutit à des données chiffrées qui permettent de faire des analyses descriptives, des

tableaux et graphiques, des analyses statistiques de recherche de liens entre les variables ou facteurs, des analyses de corrélation ou d'association, etc.

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons tenté dans le premier lieu d'analyser les données statistiques de test de Fagerstrom qui consistait à évaluer le niveau de dépendance au tabac. En deuxième lieu nous avons analysé les résultats du test de Rathus qui évalue le niveau d'affirmation de soi chez les jeunes consommateurs de tabac. Enfin nous avons tenté de faire le lien entre nos hypothèses en faisant recours aux informations glanées au cours de ce travail de recherche.

3.3. La population de la recherche et les caractéristiques de choix

Notre recherche a porté sur les étudiants fumeurs qui se trouvent dans le milieu (universitaire et à la résidence universitaire), et qui consomment le tabac, ces jeunes sont âgés 18 à 28 ans qui sont sélectionnés par hasard sont de sexe masculin. Les jeunes consommateurs sur qui nous avons effectué de notre recherche répondent aux critères suivants :

Statut : Etudiant

Population : 50

Sexe : Masculin

Méthode de sélection : Par hasard

Groupe d'âge : 18 à 28 ans

Produit Consommé : Tabac

3.4. Présentation du lieu de la recherche

Nous avons effectué notre recherche au sein des résidences universitaires de Bejaia. Ces résidences universitaires sont : la Résidences Universitaire 1000 lits. Ouverte le 08/10/2003 sous le parrainage de la Direction des Œuvres Universitaires

(D.O.U), cette résidence universitaire mixte a une capacité réelle de 2200 étudiants(es) sur une surface globale de 30643m² et une surface bâtie de 3721m². Elle se trouve dans la commune de Bejaia.

Le second lieu est la Résidence Universitaire Pépinière. Ouverte depuis Septembre 2006, cette résidence mixte porte une capacité réelle de 1400 étudiants(es) sur une surface globale de 3616m² et une surface bâtie de 9060m². Elle se trouve sur la rue Fateh Mahfoudi dans la commune de Bejaia.

3.5. Les techniques de la recherche

Pour recueillir des informations pertinentes sur notre population de recherche, nous avons adopté des outils comme techniques de recherche. Ces outils correspondent à des tests et des échelles psychologiques.

3.5.1. Le test psychologique

En psychologie, on utilise souvent les tests psychologiques comme outils pour mesurer certaines différences entre les individus.

P. Pichot (1997) a défini le test comme une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement (P. Pichot, 1997, p07).

Une évaluation, sous la forme d'une déclaration écrite ou verbale, aide le psychologue à recueillir des informations nécessaires pour faire des conclusions nécessaires sur les résultats de sujets testés.

A ce propos, nous avons opté pour utilisation des échelles du comportement, et de la personnalité parce que ce sont les tests normatifs qui classent les individus dépendants à leurs comportements ou personnalités. Ces échelles sont :

3.5.2. L'échelle de Fagerstrom

Plusieurs tests ou questionnaires ont été proposés pour mesurer quantitativement la dépendance. Le plus connu, et sans doute le plus utilisé, est le Test de Dépendance à la nicotine de Fagerstrom publié en 1991. Dans sa seconde version, ce test est composé de 6 questions notées sur 10 points (Heatherton et al. 1991).

Le test est utilisé pour mesurer l'intensité de la dépendance à la nicotine. Chacun des consommateurs de tabac sont soumis à ce test de dépendance (Test de Fagerstrom) dans lequel il coche la case qui correspond à sa situation. Recommandé par la conférence de consensus sur l'arrêt de consommation de tabac d'octobre 1998, le test permet aussi une meilleure prise en charge clinique et une meilleure efficacité thérapeutique.

Ce test comporte six questions, chacune ayant deux à quatre modalités de réponse. Le score total indique un degré ou une intensité de dépendance, le sujet coche la case qui correspond à sa situation. La cotation de test varie selon le degré de la dépendance.

Au-dessous de 4 : Non dépendant

4 et 5 : Dépendance faible

6 et 7 : Dépendance Moyenne

8 et plus : Forte dépendance.

La consigne donnée aux fumeurs est « voici un questionnaire comportant six questions destinées à évaluer la dépendance à la nicotine. Vous cochez la case qui vous concerne ».

3.5.3. L'échelle d'affirmation de soi de Rathus

L'échelle d'affirmation de soi de Rathus (RAS) a été mise au point par Rathus (1973) et a été traduite par Agathon et Dorna (1979) et Cottraux (1979) (Annexe M). Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation des compétences en termes d'affirmation de soi. Elle constitue un bon indicateur du manque d'affirmation de soi chez les consommateurs ou addictes au tabac ; 30 items sont présentés sous forme d'affirmation et les participants doivent évaluer chacune de ces dernières en indiquant sur une échelle en six points allant de « *tout à fait vrai* » à « *tout à fait faux* » leur degré d'adhésion à chaque affirmation.

Le score est calculé en additionnant la valeur attribuée à chaque item. Le score maximal est donc de 180. Un score inférieur à 90 révèle des difficultés d'affirmation de soi voire un comportement soumis, alors qu'un score supérieur à 110 est le reflet d'un comportement très affirmé.

L'interprétation des résultats :

Score supérieur à -1 : la personne est affirmée. Elle n'a pas honte de ses opinions ; elle peut les exprimer sans agressivité, sans ambiguïté et sans chercher à les imposer aux autres. Elle est capable d'entendre ce qu'on lui dit, discuter sans se sentir coupable, tout en respectant les idées de ses interlocuteurs. Elle est généralement à l'aise en société et bien dans sa peau. Cette échelle ne permet pas de distinguer la personne assertive (affirmée) de celle agressive en cas de score élevé.

Score compris entre -2 et -8 : la personne n'est pas phobique sociale mais pourrait éprouver certaines difficultés à exprimer ses sentiments avec aisance et sincérité et à défendre son point de vue sans anxiété exagérée. Elle pourrait également être sensible au regard et au jugement d'autrui.

Score inférieur à -9 : la personne n'est pas affirmée. Elle a des difficultés à communiquer, elle a peur du jugement des autres, elle se sent inférieure et maladroite. Elle a du mal à se décider, elle adopte les idées de ses interlocuteurs pour éviter tout conflit, ou bien elle fuit la discussion et reste la plupart du temps silencieuse et repliée sur elle-même (F. Frange, 2009 p161, p162).

3.6. Les difficultés de la recherche

Au cours de la réalisation de ce travail de recherche, on a été confronté à d'énormes entraves qui ont influencé d'une manière directe ou indirecte le déroulement de notre recherche.

Le principal obstacle consiste au manque de la documentation dans la bibliothèque ou même ailleurs, notamment en ce qui concerne l'affirmation de soi qui est un concept récent.

Une autre entrave correspond à un manque des statistiques dans les établissements de la santé dans la commune de Bejaia. Les hôpitaux et les établissements de santé trouvent la classification des jeunes addicts difficile parce que presque tous les jeunes fument.

Conclusion

La méthodologie est une véritable logique opératoire dans le sens qu'elle précise les différentes étapes du processus de recherche, car c'est grâce au chapitre méthodologique que nous avons assuré une bonne organisation de notre travail de recherche. Ce qui nous a permis aussi de connaître et de comprendre les étapes de la recherche clinique, la passation des tests et d'explorer de nouvelles expériences.

Préambule

Comme l'intitulé l'indique, ce chapitre nous conduit au dépouillement des données récoltées sur le terrain et y apporter quelques explications y afférentes. Il comprend la distribution de l'échantillon étudié selon les données sociodémographiques ainsi que les présentations statistiques descriptives selon les résultats des tests utilisés.

4. Présentation et analyse des résultats des échelles

4.1.1. L'analyse des résultats d'échelle de Fagerstrom

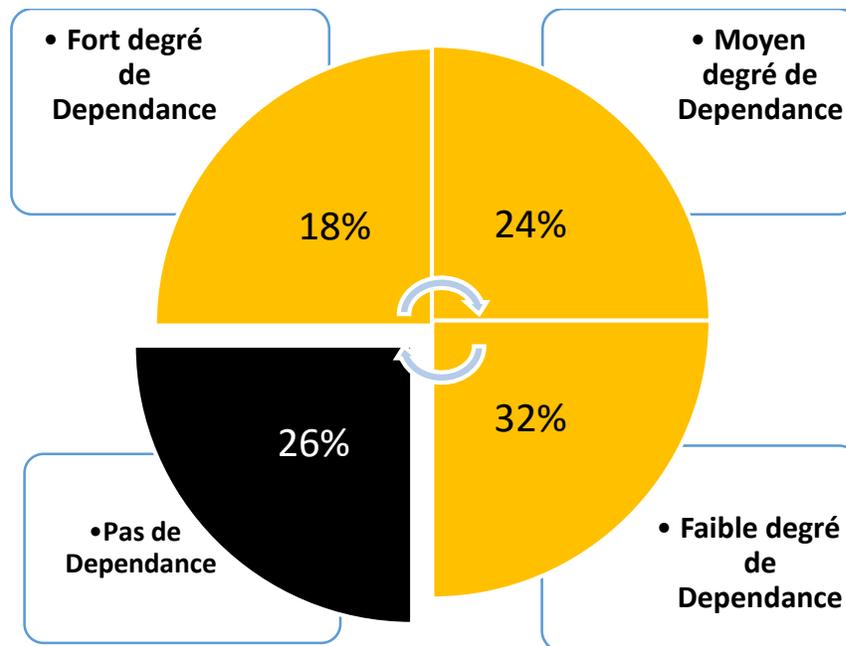
Score de dépendance	Population	Pourcentage %	Niveau de dépendance
0-4	13	26%	Pas de dépendance
4-5	16	32%	Dépendance faible
6-7	12	24%	Dépendance moyenne
8 et plus	09	18%	Forte dépendance
Total	50	100%	

Tableau 1 : L'analyse des résultats obtenus d'après le test de Fagerstrom.

Le tableau 1 Ci-dessous présente les résultats obtenus sur l'échelle de Fagerstrom, pour un échantillon de 50 étudiants. Le tableau montre que : 13 sur 50 étudiants avec un pourcentage de 26% ont obtenu un score de moins de 4 (0-4). Ce score les classifie à zéro ou non dépendant au tabac. Suivi par un autre groupe de 16 étudiants qui ont obtenu un score de 4-5 avec un pourcentage de 32% ; ce groupe présente une faible dépendance à la nicotine. Dans le même cas, 12 sur 50 étudiants avec un pourcentage de 24% ont obtenu un score entre

6-7. En se référant au tableau d'analyse, on peut dire qu'ils manifestent une dépendance moyenne au tabac. Alors que la groupe la plus restreint de 09 étudiants sur 50 ont eu un pourcentage de 18% et obtenu un score de 8 et plus ; ceux-ci présentent une forte dépendance à la nicotine.

Figure 1 : Degré de dépendance au tabac



On peut conclure que notre analyse porte sur une population de 50 étudiants qui consomment le tabac. Un total de 35 étudiants avec un pourcentage total de 74% manifeste une dépendance à la nicotine. Le degré de ces dépendances est marqué selon le niveaux de leurs consommations et se présente de faible jusqu'à forte dépendance comme illustré dans la figure 1 ci-dessus. Cela nous indique que la majorité des étudiants manifestent une dépendance à la nicotine.

4.1.2. L'analyse des résultats de l'échelle de Rathus (Affirmation de soi)

Tableau 2 : Résultats et classification des comportements de l'affirmation de soi

	LES RESULTATS OBTENU POUR CHAQUE COMPORTEMENT			
	Population de 50 étudiants	Faible ou Non affirmation de soi	Affirmation de soi normale	Forte affirmation de soi
1			6	
2		-17		
3		-17		
4			1	
5		-10,5		
6		-22		
7		-14,5		
8			7,5	
9			10	
10			10	
11		-17		
12		-19,5		
13				28
14		-27		
15		-33,5		
16			10	
17		-12,5		
18		-12,5		
19			4	
20			6	
21		-27		
22			7,5	
23		-12		
24				36
25		-16		
26			8,5	
27			2	
28		-18,5		
29		-21,5		
30			5	
31		-11		
32				27
33			8	

34		3	
35			41
36	-13		
37	-12		
38	-16		
39			38
40			32
41		4	
42		3	
43		8	
44		9	
45	-16		
46			22
47		10	
48	-14		
49	-12		
50		3	

Ce tableau présente les résultats et la classification des comportements des 50 Etudiants qui ont passé l'échelle de l'affirmation de soi.

Tableau 3 : Résultats obtenus pour une faible affirmation de soi

No. des étudiants	Score pour Faible affirmation de soi	No. des étudiants	Score pour Faible affirmation de soi
1	-10.5	13	-16
2	-11	14	-17
3	-12	15	-17
4	-12	16	-17
5	-12	17	-18.5
6	-12.5	18	-19.5
7	-12.5	19	-21.5
8	-13	20	-22
9	-14	21	-27
10	-14.5	22	-27
11	-16	23	-33.5
12	-16		

D'après les résultats obtenus de l'échelle d'affirmation de soi, 23 étudiants (suivant le tableau 3) ont obtenu un score entre -10.5 à -33.5 qui signifie que ce groupe d'étudiants présente un manque ou une faiblesse au niveau de l'affirmation de soi. Une compétence essentielle dans l'épanouissement de la personnalité de l'individu.

Les résultats de l'échelle de Rathus montrent que, ces étudiants ont répondu aux questions (3,10,13,18,26, 28, 30) par faux, ou plutôt faux, ce qu'explique que ces étudiants se caractérisent par les comportements évitants et passifs, en essayant constamment de se mettre à l'abri de tout ce qui peut les mettre au-devant de la scène, ce qui confirme l'une des caractéristiques des personnalités dépendantes.

Concernant les personnalités tabagiques, parmi les caractéristiques de ces personnalités, on trouve le besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit l'individu à un comportement soumis et collant et à une peur de la séparation. Suivi par un comportement passif, la surestimation des autres et la sous-estimation de soi qui conduisent à l'idée générale d'être incapable de se débrouiller seul, les addictes au tabac manifestent un manque de confiance en soi qui s'exprime dans leurs interactions sociales. Alors ce groupe d'étudiants est parmi les 35 avec un pourcentage de 74% où on a constaté une dépendance à la nicotine selon le test de Fagerstrom et au même temps un manque ou faible affirmation de soi.

Tableau 4 : Résultats obtenus pour une affirmation de soi normale

No. Des étudiants	Score pour le comportement affirmatif	No. Des étudiants	Score pour le comportement affirmatif
1	1	11	7.5
2	2	12	7.5
3	3	13	8
4	3	14	8
5	3	15	8.5
6	4	16	9
7	4	17	10
8	5	18	10
9	6	19	10
10	6	20	10

Selon les analyses, le tableau 4 présente les résultats obtenus par les étudiants qui ont une bonne affirmation de soi. Ce groupe de 20 étudiants a obtenu les scores entre 1 à 10, ce qui correspond à des bons comportements affirmatifs.

Les résultats de l'échelle de Rathus montrent que, ces étudiants ont répondu aux questions (8,10,18,21,25) par « très caractéristique de moi » ou, « assez descriptif de moi » ce qu'explique une bonne affirmation de soi. En référence aux lectures de J.M Boisvert et M. Beaudry (2012), ces étudiants présentent les bons compétence sociales (relations personnelles ou interpersonnelles) en expriment leurs pensées, leurs sentiments d'un façon calme, honnête et appropriée. Malgré la consommation de tabac selon l'échelle de Fagerstrom, ces étudiants font partie du groupe qui y ne présente aucune dépendance au tabac. Ils se qualifient être les utilisateurs de la substance a des moments spécifiques de leur vie quotidienne.

Tableau 5 : Résultats obtenus pour une forte affirmation de soi

No. des étudiants	Score pour forte affirmation de soi
1	27
2	28
3	32
4	36
5	38
6	41
7	48

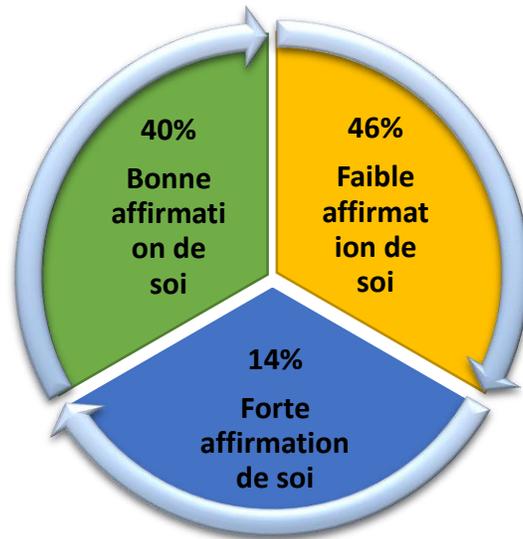
Les résultats de ce tableau 5 montrent que, 7 étudiants ont obtenu le score de 20 à 50, ce qui correspond à une forte affirmation de soi. Selon les résultats de l'échelle de Rathus, c'est évident que, ces étudiants ont répondu aux questions (3, 18, 22, 27, 29) par « très caractéristique de moi » ou, « assez descriptif de moi » ce qui explique une forte affirmation de soi.

Contrairement aux comportements passifs (non affirmation de soi), ces étudiants communiquent très clairement et très directement leurs propres besoins et sentiments mais d'une façon ou expression hostile et agressive ce qui fait qu'ils ne tiennent pas compte des idées des autres.

La consommation de tabac et d'autres substances est parmi les caractéristiques de cette personnalité dominante. Ils font appel à la consommation de tabac comme moyen de faire face à des exigences sociales. En plus, fumer est envisager comme un signe de maturité et d'indépendance ; c'est pour cette raison que ces étudiants ayant une forte affirmation de soi se caractérisent aussi d'avoir les conduites agressives et violentes, d'un pouvoir dominateur au sein de leurs groupes sociaux. En relation avec les résultats

obtenus sur l'échelle de Fagerstrom, ces étudiants correspondent à la population dépendante à la nicotine figurée dans l'échelle de Fagerstrom.

Figure 2 : Le degré d'affirmation de soi selon l'échelle de Rathus



D'après l'analyse de l'échelle de Rathus portant sur 50 étudiants, la figure 2 ci-dessus, montre que 46% de la population manifeste une faible affirmation de soi. Cette statistique correspond à la population dépendante à la nicotine présentée dans l'échelle de Fagerstrom qui fait appel à la consommation de tabac comme moyen de d'oser et dépasser leurs exigences sociales.

Alors que 40% de la population qui présente une bonne affirmation de soi correspond à la population qui ne présente aucune dépendance au tabac. La partie la plus restreinte de la population avec un pourcentage de 14% présentant les étudiants qui ont une forte affirmation de soi correspond soit à la population avec une forte dépendance au tabac ; c'est-à-dire qu'ils consomment le tabac pour mieux s'exprimer dans leurs interactions sociales ou à une population sans dépendance au tabac qui a des bonnes compétences sociales.

4.1.3. L'analyse de corrélation entre la dépendance et l'affirmation de soi

L'analyse de la corrélation entre la dépendance et l'affirmation de soi a été effectuée avec l'aide d'un logiciel Microsoft Excel 2007 et le logiciel de IBM SPSS statistics version 23.

Tableau 6 : Résultats déterminants la corrélation entre la dépendance au tabac et l'affirmation de soi

Score de dépendance	Score l'affirmation de soi	Population de dépendants	Population de l'affirmation de soi	% pour la dépendance au tabac	% l'affirmation de soi	Niveau de dépendance	Niveau d'affirmation de soi
(0-4)	0	13	0	26%	0%	Pas dépendance	Pas d'affirmation de soi
(4-5)	(-10--33.5)	16	23	32%	46%	Faible dépendance	Faible affirmation de soi
(6-7)	(1-10)	12	20	24%	40%	Dépendance moyenne	Bonne affirmation de soi
(8-10)	(27-48)	09	07	18%	14%	Forte dépendance	Forte affirmation de soi
Total	Total	50	50	100%	100%	Total dépendance	Total affirmation de soi

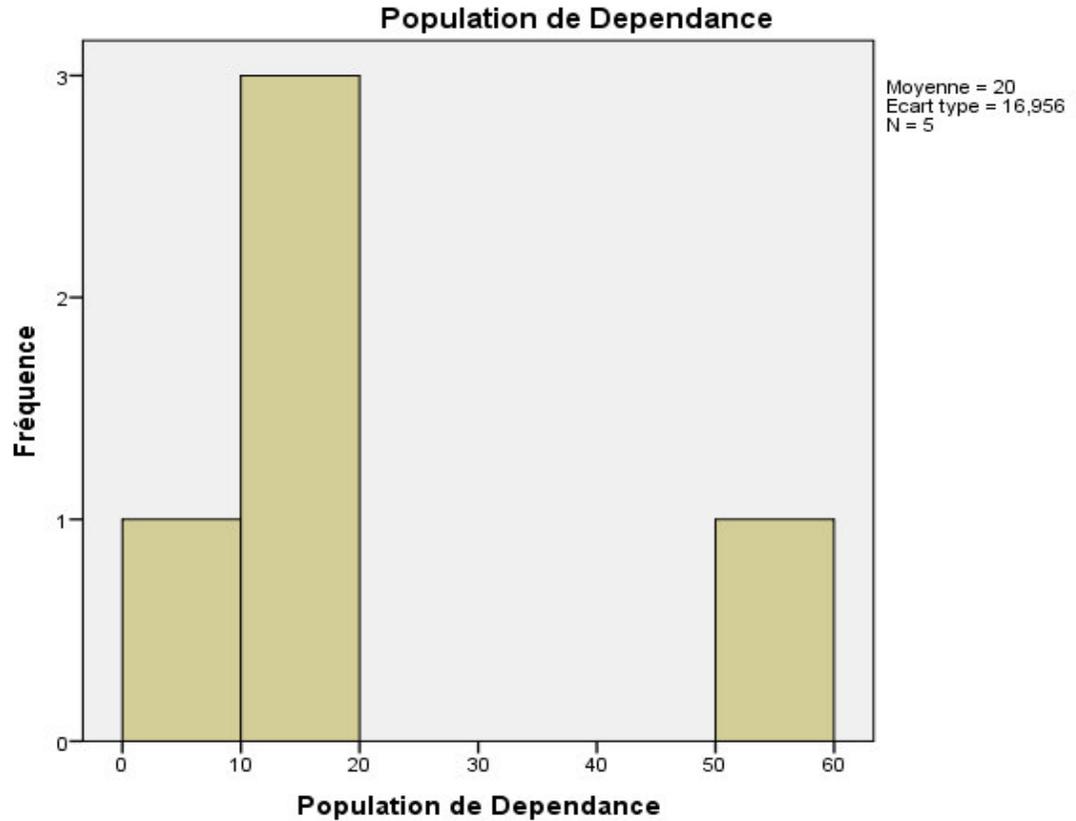
Le tableau 6 ci-dessous, est saisi dans le logiciel statistique de IBM SPSS Version 23 pour déterminer la corrélation entre les deux variables (dépendance au tabac et l'affirmation de soi).

Tableau 7 : La fréquence, moyenne et Ecart type selon la population de 50 étudiants

		Population de Dépendance	Population d'affirmation de soi
N	Valide	5	4
	Manquant	0	1
	Moyenne	20,00	25,00
	Erreur standard de la moyenne	7,583	9,028
	Ecart type	16,956	18,055
	Variance	287,500	326,000
	Somme	100	100

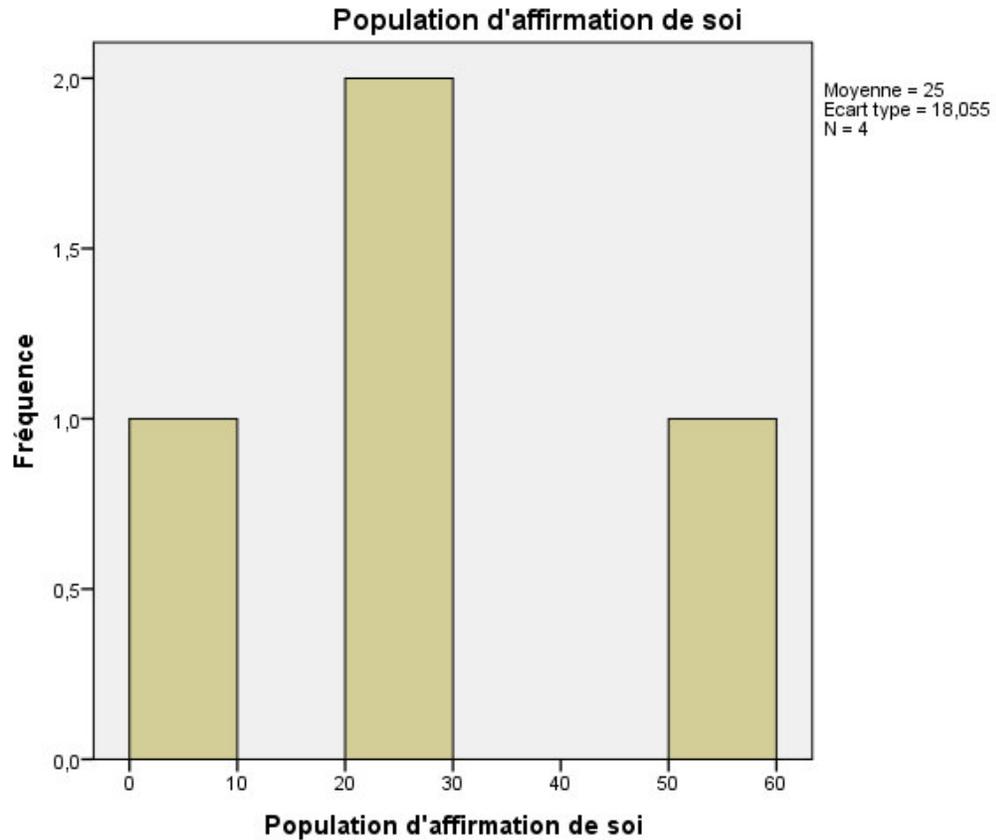
Le tableau 7 ci-dessous représente les résultats obtenus d'après le calcul de la fréquence, moyenne, écart type, variance et somme selon une population totale de 50 étudiants.

Figure 3 : Courbe de la fréquence de la population de dépendance



L'histogramme ci-dessous représente la fréquence de la population dépendante. La score (0-20) représentent une population avec une faible et moyenne dépendance au tabac alors que les scores entre (50-60) représentent une population avec une forte dépendance au tabac.

Figure 4 : Courbe de la fréquence de la population de l'affirmation de soi



L'histogramme figure 4 ci-dessous représente la fréquence de la population assertive. La population (1-10) représente une population avec une faible affirmation de soi. Population (20- 30) représente une fréquence de 2 avec une bonne affirmation de soi alors que la population entre (50-60) représente une population avec une forte affirmation de soi ayant une fréquence de 1.

La corrélation

La corrélation (r) est soit ; Positif (0,1) ou Négatif (-1,0). Si r est proche de 1, on dit « il y a une forte corrélation », Si r est proche de (zéro) on dit, il y a une faible corrélation. Et si r est zéro, on dit « il n'y a pas corrélation ».

Tableau 8 : Les résultats de la corrélation entre la dépendance au tabac et l'affirmation de soi

		Population de Dépendance	Population d'affirmation de soi
Population de Dépendance	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 5	0,898* 0,038 5
Population d'affirmation de soi	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	0,898* 0,038 5	1 5

D'après le tableau 8, l'analyse descriptive de la corrélation existant entre les deux variables (la dépendance au tabac et l'affirmation de soi) porté sur une population de 50 étudiants est de (1 - 0,898) ou (0,898 - 1) qui correspond à une positive et forte corrélation entre la consommation du tabac et l'affirmation de soi. Lorsque la corrélation est forte et positive, il signifie que les deux variables vont dans la même direction (fort relation entre les variables).

Selon la positive corrélation entre les variables (dépendance au tabac et l'affirmation de soi), On constate que, à chaque fois qu'il y a un manque dans les relations sociales, les échecs scolaires, ou compétences sociales, la consommation de tabac est forte chez notre population d'étude. Ils augmentent

le dosage de tabac chaque fois ils sent un déficit dans leur compétences sociales ou échecs scolaires. C'est à partir de cette forte consommation que la dépendance vient en existence.

C'est important de remarquer à partir de notre échantillon que la consommation de tabac chez les jeunes étudiants est considérée d'une part comme un des moyens de lutte contre les manques dans les compétences sociales (communication et affirmation de soi) et les échecs scolaires, et d'autre part comme une conduite qui pouvant entrainer une dépendance tabagique.

Chapitre 04

L'analyse et discussion des résultats

Discussion des hypothèses

Le but de notre travail de recherche consiste à déterminer la corrélation existant entre la consommation de tabac et l'affirmation de soi. Notre étude est portée sur une population de 50 (étudiants) qui sont sélectionnés par hasard, consommateurs de tabac, âgés de 18 à 28 et se trouvent dans le milieu scolaire de l'Université de Bejaia, à savoir les Résidences universitaires « Nouvelle Pépinière » et « Mille (1000) lits ». Ce groupe d'étudiants ont passé deux tests ; l'un est le test de dépendance élaboré par Fagerstrom et a pour objectif de déterminer le degré de dépendance ; le deuxième test concerne l'affirmation de soi qui consiste en la mesure du niveau de compétences sociales des étudiants (affirmation de soi).

En se basant sur l'échelle de la dépendance au tabac (Test de Fagerstrom) qui nous a aidé à obtenir les résultats du degré de dépendance au tabac, nous avons constaté que la majorité des étudiants de notre échantillon (un total de 37 étudiants sur 50 avec un pourcentage total de 74%) manifeste une dépendance au tabac. Ces résultats confirment en partie notre première hypothèse selon laquelle « Les fumeurs âgés de 18-28 ans présentent une dépendance au tabac ».

Avec l'échelle de Rathus, qui nous a permis d'explicitier et de mesurer le niveau de l'affirmation de soi dans notre échantillon, les résultats obtenus sur cette échelle montrent qu'une population de 23 étudiants sur 50 manifeste une faible affirmation de soi. Cela confirme notre deuxième hypothèse selon laquelle « Les fumeurs qui présentent une dépendance aux produits tabagiques, sont susceptibles de présenter une faible affirmation de soi ».

Cette hypothèse correspond à celle élaborée durant l'étude de Stanton Peele (1988) qui dit qu'un manque dans les relations sociales (communication et relations en groupes) et les échecs scolaires, les poussent à faire appel à la conduite tabagique comme moyen de restauration et de revalorisation de leur compétence et de leur image de soi. En plus, cette hypothèse est confirmée dans une autre étude longitudinale menée dans un collège Français par F. Fanget et B. Rouchouse (2009) sur 200 jeunes. Les auteurs attestent que les jeunes fumeurs ont un faible niveau d'affirmation de soi. Par contre, les non-fumeurs s'affirment et sont capables d'exprimer leurs opinions sans ambiguïté ou agressivité.

Pour déterminer la corrélation existant entre la dépendance et l'affirmation de soi, les résultats obtenus dans les deux échelles ont été énumérés dans un tableau statistique, à partir du logiciel statistique SPSS version 23.0. D'après l'analyse de SPSS, les résultats montrent qu'il existe une corrélation entre les deux variables (la dépendance au tabac et l'affirmation de soi). Et la corrélation (r) est de $(1 - 0,898)$ ou $(0,898 - 1)$ qui correspond à une positive et forte corrélation. Cela confirme notre troisième hypothèse selon laquelle « Il y a une forte corrélation entre la dépendance et l'affirmation de soi ».

Lorsqu'il y a une forte corrélation entre les variables, cela signifie que ces variables vont dans le même sens (dépendant). Ce qui veut dire que ces étudiants consomment le tabac lorsqu'ils manifestent un manque dans leur compétences sociales, échecs scolaires ou lorsqu'ils sont stressés. C'est constaté que la perte de contrôle (forte consommation) entraîne une dépendance à la nicotine.

Enfin, les résultats obtenus dans notre recherche restent toujours limites, par le fait que notre recherche a été établie à partir d'un échantillon de 50 étudiants sur un effectif total de 3600 étudiants.

Conclusion

Le tabagisme est considéré comme l'un des comportements qui menace l'individu et la société, et malgré la diversité des travaux scientifiques prouvant l'ampleur des méfaits causés par l'usage du tabac, il reste la première substance psychoactive que les jeunes consomment régulièrement dans le monde entier, avec une plus grande dangerosité pour les pays en voie de développement qui ne possèdent pas les moyens suffisants pour faire face à ce phénomène qualifié de pandémie. La jeunesse est la catégorie d'âge la plus exposée à toutes sortes de fléaux qui menacent leurs vies quotidiennes et cela est dû à leurs vulnérabilités et leurs tendances d'expérimentation de tabac et d'autres produits psychoactives.

Notre recherche intitulée « Consommation de tabac et l'affirmation de soi chez les étudiants » a été effectuée dans un milieu universitaire, à savoir les résidences universitaires « Nouvelle Pépinière » et « Mille (1000) lits ». Cette recherche a été réalisée à base d'une bibliographie, et une enquête portée sur un échantillon de 50 étudiants consommateurs de tabac.

Les résultats obtenus sur l'échelle de dépendance et d'affirmation de soi montrent que ces étudiants ont manifesté une dépendance au tabac et une forte affirmation de soi. Ainsi, les jeunes dépendants aux substances psychoactives souffrent souvent d'un défaut d'affirmation de soi et dans l'efficacité personnelle, c'est pour cet raison qu'il faire appel à une forte consommation des substances comme le tabac pour faire face à des situations qui peuvent déclencher leur efficacité personnelle. (Rahioui.H & Reynaud.M, 2006, p16). Dans le même ordre d'idée, Botvin et ses collaborateurs trouvent que, si les jeunes adoptent des comportements à risque, c'est parce - qu'ils manquent

d'habilités psychosociales nécessaires pour faire face aux influences sociales négatives. (Botvin G. J. & al, 1990, 1995).

En analysant la corrélation existant entre la dépendance au tabac et l'affirmation de soi, on a constaté une corrélation significative (forte et positive) entre les deux variables, ce qui veut dire que la consommation de tabac et d'autres substances psychoactives sont dépendantes des compétences sociales de l'individu. Une faible affirmation de soi entraîne une forte consommation. Ce constat est confirmé par plusieurs études réalisées au Canada qui ont démontré que les jeunes fumeurs manifestent une dépendance au tabac et présentent un déficit en compétences sociales. (Artiel. I, 2007, pp76/77). Ainsi, le jeune voit la cigarette comme un moyen d'affirmer son existence et de s'imposer dans son environnement social à travers l'imitation des pairs pour ne pas devenir un objet de moquerie ou d'exclusion de la part du groupe d'amis.

Ce travail nous a offert l'opportunité de nous rapprocher de l'un des grands problèmes de la santé publique qui est la dépendance à la nicotine avec ses contraintes et ses difficultés. Ce qui nous incite à proposer de traiter ce thème intéressant en se basant sur d'autres questions telles que :

- Est-ce que les consommateurs de tabac manifestent une faible image de soi ?
- Quelle est le rapport existant entre l'affirmation de soi et l'image de soi chez les fumeurs ?

A travers ces questions, nous souhaitons avoir un champ ouvert de recherches scientifiques pour d'autres études ultérieures.

Le tabagisme est une toxicomanie résultant de l'accoutumance à l'un ou l'autre des produits fabriqués à partir des feuilles de tabac comme les cigarettes, cigares, tabac à pipe, ou la chique. Selon l'OMS 2006, la consommation de tabac est nocive, engendre une dépendance physique ou psychique à la nicotine et provoque des maladies mortelles et invalidantes ; comparé à d'autres comportements à risque, le tabagisme entraîne un risque extrêmement élevé de décès prématurés. La moitié des fumeurs de longue durée mourront des suites de leur tabagisme, et parmi eux, la moitié mourra en pleine productivité, perdant jusqu'à 18 à 25 années de vie.

Liste Bibliographie

Les ouvrages

1. Charles Nahoum, *L'entretien psychologique*, Paris, P.U.F., 1958
2. Catherine Ferland, Ph. D, *Tabac et Tabagisme* Paris, 2007
3. Dr. Jean-Georges, *La Drogue, le Toxicomane et la Société* ROMAIN Édition Liège 2003
4. Expertise collective : *Tabac : Comprendre la dépendance pour agir*, Paris Inserm, 2004
5. Hélène Gagnon, *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois*, Québec, 2009
6. Hélène Gagnon, *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois*, Québec, 2010
7. INSERM. *Psychothérapie : Trois approches évaluées* : Expertise collective, Inserm : synthèse, Paris 2004
8. Isabelle Varescon, *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*, Editions Belin, 2005
9. Jacques Couillard, *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques* CRDM-IU Québec 2015
10. Jacques Couillard, *Les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives*, CRDM-IU Québec, Canada, 2015
11. Jean – Marie Boisvert, Madelein Beaudry, *S'affirmer et communiquer*, Les Edition de L'Homme, Montréal Québec 2012

Liste Bibliographique

12. Jean Cottraux, *Les thérapies cognitives*, Retz, deuxième édition, Paris 2001
13. Louis Chaloult, *l'affirmation de soi*, Montréal, Canada 2014
14. Monique Lalonde, *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, INSP Québec, 2004
15. Richard Evans Schultes et Albert Hofmann, *Les Plantes des dieux*, NSP Paris, 2000
16. Sébastien Bohler, *150 petites expériences de psychologie de media* Dunod, Paris, 2008
17. Thanh Le-Luong, *Drogues et conduites addictives*, INPES France, 2013
18. Yves Martinet et Abraham Bohadana, *Le tabagisme De la prévention au sevrage* 3^e Edition, Masson, Paris, 2004

Les Dictionnaires

1. Bloch Hens, *Grand dictionnaire de la psychologie*, paris, Larousse 2006
2. Sillamy M., *Dictionnaire de psychologie*, Paris Larousse, 1999

Les sites d'internet

1. www.tabac-info-service.fr
2. [Http://toxicomanie-dz.com/politique-national-lutte-toxicomanie.co.dz](http://toxicomanie-dz.com/politique-national-lutte-toxicomanie.co.dz)
3. www.inpes.sante.fr
4. www.ofdt.fr/ (drogues et toxicomanies)

Thèse et mémoire

1. Jean Chapdelaine, *Certains traits de personnalité des alcooliques ayant une affirmation de soi faible*, Quebec, 1990
2. Minary Lancy, *Evaluation d'un programme d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents en centres de formation des apprentis (CFA)*, université de Nancy doctorat, 2011
3. Philippe ARVERS, *Précocité de la consommation de tabac chez les jeunes français : Evolution de 1993 à 2007 Et facteurs de risque associés*, Grenoble France, 2010 -2011
4. Rapport de l'OMS sur *l'épidémie mondiale de tabagisme : Le programme MPOWER* 2008

ANNEXE

Liste des tableaux et figures

1. Liste des tableaux

Tableau 1 :	L'analyse des résultats obtenus d'après le test de Fagerstrom.	p.78
Tableau 2 :	Résultats et classification des comportements de l'affirmation de soi	p.80
Tableau 3 :	Résultats obtenu pour une faible affirmation de soi	p.81
Tableau 4 :	Résultats obtenus pour une affirmation de soi normale	p.83
Tableau 5 :	Résultats obtenus pour une forte affirmation de soi	p.84
Tableau 6 :	Résultats déterminants la corrélation entre la dépendance au tabac et l'affirmation de soi	p.86
Tableau 7 :	La fréquence, moyenne et Ecart type selon la population de 50 étudiants	p.87
Tableau 8 :	Les résultats de la corrélation entre la dépendance au tabac et l'affirmation de soi	p.90

2. Liste des figures

Figure 1 :	Degré de dépendance au tabac	P.79
Figure 2 :	Le degré d'affirmation de soi selon l'échelle de Rathus	p.85
Figure 3 :	Courbe de la fréquence de la population de dépendance	p.88
Figure 4 :	Courbe de la fréquence de la population de l'affirmation de soi	p.89

TEST DE DÉPENDANCE

(D'après Fagerström 1991)

(Inscrivez votre score à chaque question dans la case correspondante)

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3	
Entre 6 et 30 min	2	
Entre 31 et 60 min	1	
Plus tard	0	

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

Oui	1	
Non	0	

3. A quelle cigarette renforceriez-vous le plus difficilement ?

La première le matin	1	
Une autre	0	

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

10 ou moins	0	
11 à 20	1	
21 à 30	2	
31 ou plus	3	

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés dans les premières heures de la matinée durant le reste de la journée ?

Oui	1	
non	0	

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1	
Non	0	

Type de dépendance	score
Non dépendant	Au-dessous de 4
Dépendance faible	4 - 5
Dépendance moyenne	6 - 7
Forte dépendance	8 et plus

ECHELLE D’AFFIRMATION DE SOI

(RATHUS 1973)

Instructions

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, veuillez, s'il-vous plaît, indiquer jusqu'à quel point elles s'indiquent à vous. Veuillez bien répondre à chaque question le plus honnêtement possible en utilisant le code suivant :

- + 3 : Très caractéristique de moi, parfaitement descriptif.
- + 2 : Assez descriptif de moi, pas mal descriptif.
- + 1 : Quelque peu caractéristique de moi, faiblement descriptif.
- 1 : Quelque peu non caractéristique de moi, légèrement non-descriptif.
- 2 : Assez peu caractéristique de moi, assez peu descriptif.
- 3 : Très peu caractéristique de moi, très peu descriptif.

1. Il semble que la plupart des gens s'affirment plus que moi.
2. J'ai déjà hésité avant de prendre ou d'accepter un rendez-vous à deux parce que j'étais gêné.
3. Au restaurant, lorsque la nourriture servie n'est pas préparée à mon goût, je me plains au serveur ou à la serveuse.
4. Je fais attention pour ne pas heurter les sentiments des autres même quand j'ai été moi-même blessé.
5. J'ai de la difficulté à dire "non" à un vendeur qui s'est donné beaucoup de mal pour me montrer des articles qui ne font pas mon affaire.

6. Quand on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour savoir pourquoi.
7. Il y a des fois où j'ai le goût d'avoir une bonne et vigoureuse discussion.
8. Dans mon milieu, je fais autant d'effort que les autres pour progresser.
9. Pour être franc, les gens abusent souvent de moi.
10. J'aime bien entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances et des étrangers.
11. Il m'arrive souvent de ne pas savoir comment m'exprimer en présence de personnes attrayantes de l'autre sexe.
12. J'hésiterais à faire des téléphones à des maisons d'affaires et à des institutions.
13. Je préfère procéder par lettre plutôt que par entrevue pour faire une demande d'emploi ou une demande d'admission à une institution d'enseignement.
14. Je trouve embarrassant de devoir rapporter un objet au magasin.
15. Plutôt que d'exprimer ma contrariété à un proche parent respecté qui m'ennuie, j'aurai tendance à taire mes sentiments.
16. J'ai déjà évité de poser des questions par peur d'avoir l'air stupide.

17. Au cours d'une discussion serrée, j'ai parfois peur que ma réaction devienne tellement intense qu'elle se manifeste par des tremblements.
18. Si un conférencier renommé et respecté affirme quelque chose que je crois incorrect, je ferais malgré tout valoir mon point de vue à l'auditoire.
19. J'évite de marchander avec les commis et les vendeurs.
20. Lorsque j'ai fait quelque chose d'important ou de valable, je fais en sorte que les autres le sachent.
21. Je suis ouvert et franc quant à mes sentiments.
22. Si quelqu'un commence à répandre de fausses rumeurs et des histoires désobligeantes à mon sujet, je vais le (la) voir le plus tôt possible afin de "tirer cela au clair".
23. J'ai souvent de la difficulté à dire non.
24. J'ai tendance à taire mes émotions plutôt que de faire une scène.
25. Dans un restaurant ou ailleurs, je me plains si le service est mauvais.
26. Lorsqu'on me fait un compliment, il m'arrive parfois de ne savoir que dire.
27. Si, dans un cinéma ou au cours d'une conférence, un couple assis près de moi parle trop fort, je leur demanderai de se taire ou d'aller parler ailleurs.

28. Quiconque essaie de se faufiler en avant de moi dans une file est mieux de s'attendre à une résistance vigoureuse de ma part.

29. J'exprime rapidement mes opinions.

30. Il y a des fois où je ne peux vraiment pas m'exprimer.