

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique

Université Abderrahmane Mira Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Option Psychologie Clinique

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de
Master en Psychologie Clinique*

L'Estime de soi chez les Adolescents

Toxicomanes

Consommateurs du Cannabis

Etude de 06 cas

Présenté par :

M^{elle} IMLOUL Lamia

Encadré par :

M^r BELBESSAI Rachid

Année universitaire 2012/2013



Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

à

Ma très chère mère Zoulikha et mon très cher père Rachid

*En témoignage de ma reconnaissance envers le soutien, les
sacrifices et tous les*

Efforts qu'ils ont faits pour mon éducation ;

à

Ma très chère sœur jumelle Aida et mon petit frère Walid

Pour la compréhension et patience ;

à

Mes grandes mères Malika et Saliha

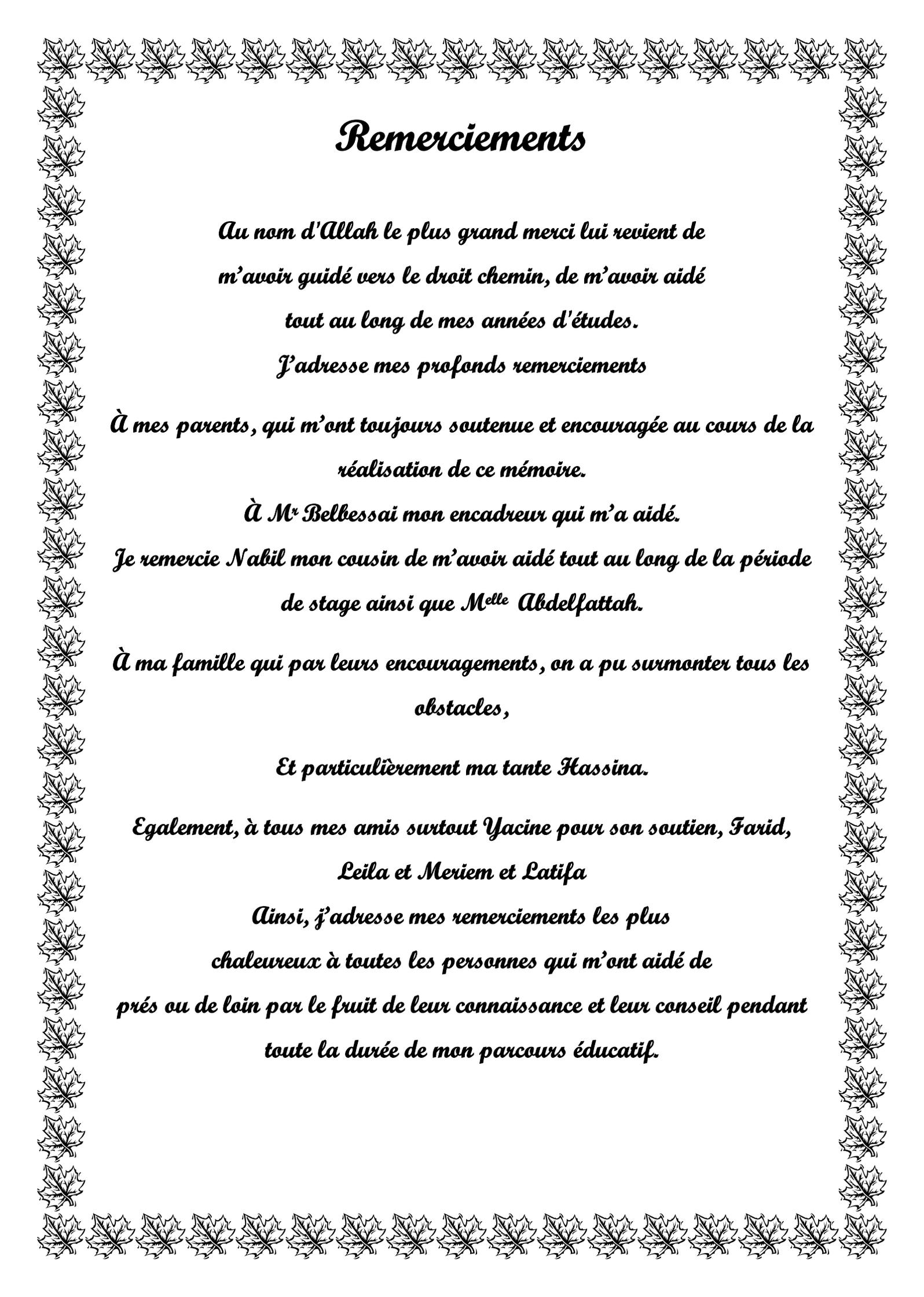
ainsi Tous mes Oncles, Tantes et Cousines

à

Et tous ceux qui sont proches de mon cœur.



Melle JMLOU L Lamia



Remerciements

*Au nom d'Allah le plus grand merci lui revient de
m'avoir guidé vers le droit chemin, de m'avoir aidé
tout au long de mes années d'études.*

J'adresse mes profonds remerciements

*À mes parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la
réalisation de ce mémoire.*

À M^r Belbessai mon encadreur qui m'a aidé.

*Je remercie Nabil mon cousin de m'avoir aidé tout au long de la période
de stage ainsi que M^{lle} Abdelfattah.*

*À ma famille qui par leurs encouragements, on a pu surmonter tous les
obstacles,*

Et particulièrement ma tante Hassina.

*Egalement, à tous mes amis surtout Yacine pour son soutien, Farid,
Leïla et Meriem et Latifa*

*Ainsi, j'adresse mes remerciements les plus
chaleureux à toutes les personnes qui m'ont aidé de
près ou de loin par le fruit de leur connaissance et leur conseil pendant
toute la durée de mon parcours éducatif.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
---------------------------	-----

Problématique et hypothèses

1-Problématique et hypothèse de recherche	p.2
2-Intérêt du thème de la recherche	p.4
3-Les objectifs de la recherche	p.4
4-Définition des concepts clés	p.5

Première partie : cadre théorique

CHAPITRE 1 : l'estime de soi

Préambule	p.7
1-1-Définitions et théorisations du concept de soi	p.7
1-2-L'estime de soi.....	p.9
1-2-1-Définition de l'estime de soi	p.9
1-2-2-Les théories sur l'estime de soi	p.9
1-2-3-Les mécanismes de régulation de l'estime de soi	p.11
1-2-4-La construction de l'estime de soi chez l'adolescent	p.12
1-2-5-Les degrés de l'estime de soi	p.14
1-2-6-Les facteurs qui influencent l'estime de soi	p.17
Conclusion	p.18

CHAPITRE 2 : L'adolescence

Préambule	p.20
2-1-L'adolescence	p.20
2-1-1-Définition de l'adolescence	p.20
2-1-2-Repères historiques sur l'adolescence	p.20
2-1-3-Les bases théoriques sur l'adolescence	p.21
2-2-Le développement chez l'adolescent..	p.23
2-2-1-Le développement physiologique chez l'adolescent	p.23
2-2-2-Le développement de l'identité chez l'adolescent	p.26
2-2-3-Le développement cognitif chez l'adolescent	p.30
2-2-4-Le développement social chez l'adolescent	p.31
2-3-Les conduites à risque chez l'adolescent	p.34
Conclusion	p.34

CHAPITRE 3 : la toxicomanie

Préambule	p.36
3-1-La toxicomanie	p.36
3-1-1-Définition de la toxicomanie	p.36
3-1-2- Caractéristiques de toxicomane	p.37
3-1-3-Les modèles théoriques de la toxicomanie	p.37
3-1-4-Les modes de consommation de drogues	p.39
3-2-Le Cannabis	p.40
3-2-1-Présentation du Cannabis	p.40

3-2-2-Définition du Cannabis	p.41
3-2-3-Conséquences cliniques de l'usage du Cannabis	p.42
3-2-4-La consommation du cannabis à l'adolescence	p.44
3-2-5-Principes et techniques thérapeutiques	p.45
Conclusion	p.47

Deuxième partie : cadre pratique

CHAPITRE 4 : Cadre méthodologique

Préambule	p.48
4-1-méthode de recherche	p.48
4-2-population d'étude et ses caractéristiques	p.48
4-3- lieu de recherche	p.49
4-3-1- structure de lieu de recherche.....	p.49
4-4-Les techniques utilisées dans notre recherche	p.50
4-4-1-L'entretien semi-directif	p.50
4-4-2-L'échelle de l'estime de soi (SEI) de Coopersmith	p.51
4-5-Le déroulement de la pratique	p.56
4-5-1-Les étapes suivies dans notre recherche	p.56
4-5-2-Les difficultés rencontrées l'hors de notre recherche	p.56
Conclusion	p.58

CHAPITRE 5 : Analyse et discussion des résultats

Préambule	p.60
5-1-Présentation et analyse des cas	p.60
5-1-1- Présentation et analyse du cas de Yanis	p.60
5-1-2- Présentation et analyse du cas de Nassim	p.63
5-1-3- Présentation et analyse du cas de Mourad	p.66
5-1-4- Présentation et analyse du cas de Kamel	p.68
5-1-5- Présentation et analyse du cas de Hafid.....	p.70
5-1-6- Présentation et analyse du cas de Saleh	p.72
5-2- Analyse des résultats.....	p.76
5-2-1- Analyse des résultats obtenus dans l'inventaire d'estime de soi (SEI).....	p.76
5-2-2-Analyse des résultats obtenus dans les sous-échelles de l'inventaire de l'estime de soi.....	p.77
5-3-Synthèse sur les résultats de notre recherche.....	p.78
5-4-La discussion des hypothèses	p.78
5-4-1- Le domaine général.....	p.81
5-4-2- Le domaine social.....	p.81
5-4-3- Le domaine familial.....	p.81
5-4-4- Le domaine scolaire.....	p.82
Conclusion.....	p.82
CONCLUSION GENERALE.....	p.83

Liste bibliographique

Annexe

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'homme est soumis à une combinaison de facteurs physique, socioculturel et psychologique qu'il met à profit pour améliorer son niveau de vie et atteindre un niveau vitale plus élevé.

Chaque personne se fait une idée d'elle-même. Cette perception de soi, fortement influencée par les changements sociaux, se construit au fil des années et n'est jamais définitivement acquise. (Duclos G, 2002, p.12)

Les difficultés liées à l'estime de soi à l'adolescence sont assez présentes chez la plupart d'entre eux. Elle est lié au fait que l'adolescence est une période de construction du soi, et semble être très sensible au regard et au jugement des adultes ainsi qu'à ceux des pairs.

Ainsi, le recours à la toxicomanie à cet âge là, est particulièrement préoccupant en raison de sa précocité et du fait qu'il se produit dans une étape charnière du développement humain. Les adolescents qui consomment le font par curiosité, par désir de faire comme les autres ou bien pour ressentir ses effets, et s'ils continu à le faire, ils risquent d'en consommer de plus en plus souvent et en quantités croissantes.

Le cannabis est la drogue la plus dispersé parmi les jeunes, elle est omniprésent dans le monde et apparaît également en Algérie comme une drogue illicite la plus utilisée par les adolescents. Beaucoup de jeunes connaissent des consommateurs de cannabis et savent comment s'en procurer.

Nous avons voulu dans cette présente recherche, mesurer l'estime de soi chez les adolescents toxicomanes, consommateurs du cannabis, et pour ce faire :

On s'est appuyé sur une partie théorique, qui englobe trois chapitres le premier est sur l'estime de soi. Le deuxième on a présenté la période de l'adolescence et ses différentes sphères de développements. Enfin, le troisième chapitre, on a parlé de la toxicomanie en première partie, et du cannabis en deuxième partie.

Ainsi qu'une partie pratique, on va aborder les méthodes utilisées dans cette étude. En premier lieu, elle va contenir les méthodes employer et compris les outils d'investigation utilisés l'hors de notre recherche, la présentation du lieu de stage, et les difficultés rencontrés. En deuxième lieu, on va s'orienter vers la présentation et la discussion des résultats. Enfin, on va terminer par une conclusion générale et une liste bibliographique.

PROBLEMATIQUE
ET HYPOTHESE

Problématique

La consommation du cannabis est devenue à présent très courante parmi les adolescents issus de tous les milieux culturels et sociaux. Elle est même parfois, considérée comme un rite de passage banalisé chez beaucoup de jeunes.

L'adolescence est une notion imprécise, impossible à définir d'un point de vue physiologique. Si les transformations physiques qui accompagnent la puberté marquent encore le début de l'adolescence. Et encore la préadolescence est désormais entrée dans le langage courant, en revanche, sa limite supérieure, signant le passage à l'âge adulte, accuse un flou absolu. Est-ce la fin de la croissance osseuse, de la maturation cérébrale, de la maturité psychoaffective, est-ce l'autonomie par rapport aux parents, l'indépendance financière ? Même prolonger l'adolescence en aval jusqu'à 25ans, évoquant la post-adolescence. (Huerre P, 2001, p.6)

On considère l'adolescence comme une période cruciale en ce qui concerne le développement et la consolidation de l'estime de soi. En effet, c'est à ce moment de la vie que chaque individu doit absolument trouver son identité. Pour ce faire, le jeune doit courir le risque de se séparer de ses parents en se définissant par rapport à eux et en explorant l'intimité avec le monde extérieur, et les transformations physiques qui surviennent à l'adolescence brouillent l'image que le jeune avait de lui-même. En outre, l'adolescent a la capacité de réfléchir sur des concepts abstraits et cela lui fait voir la vie et le monde sous un nouvel angle. Tous ces changements placent les jeunes dans une position de grande vulnérabilité.

L'adolescence est une période sensible pour une prise de risque et notamment pour la prise de produits toxiques illicites, la plupart des toxicomanes ont débuté leur toxicomanie à l'adolescence. Cette période est celle de l'intégration et de la consolidation d'une nouvelle image de soi qui va conduire à une « crise d'adolescence » qui se manifeste par un sentiment de dépaysement vis-à-vis de soi-même et du monde. L'introspection et l'interrogation qui apparaissent chez lui et qui suscitait des interrogations « qui suis-je ? » puisqu'il ne peut plus dire qu'il est enfant et encor moins un adulte.

Donc, l'adolescence est une période difficile, car chacun y a pour tâche de définir sa propre identité et de l'intérioriser pour la rendre permanente. Le jeune doit d'abord apprendre à se connaître : ses qualités, ses forces, ses difficultés, ses vulnérabilités. Avant de se reconnaître (estime de soi), c'est-à-dire de parvenir à bien juger ce qu'il découvre en lui. L'estime de soi s'appuie avant tout sur le sentiment de l'identité personnelle. (Duclos G, Laporte D, Ross J, 2002, p.8-9)

Problématique

Les conduites toxicomaniaques sont particulièrement fréquentes chez les adolescents. Les bouleversements qu'ils subissent poussent fréquemment le jeune à consommer de la drogue. Le corps se situe au cœur de nombreux soucis pour certains adolescents, qui vont essayer de le contrôler et le mettre à l'épreuve. La consommation d'un produit peut conduire à tester ce corps et à se donner l'illusion d'un contrôle sur lui.

La toxicomanie désigne la consommation abusive d'alcool ou l'autre drogue cet abus peut entraîner une dépendance. Cette dépendance chez les adolescents peut être physiologique, psychologique ou les deux à la fois, et a tendance à se poursuivre à l'âge adulte. Celle-ci est particulièrement dangereuse pour eux parce qu'elles stimulent des parties de leur cerveau qui sont encore en développement. En plus, la dépendance s'accompagne souvent d'une tolérance à la substance, c'est-à-dire d'un besoin d'augmenter la quantité consommée pour obtenir les mêmes effets.

Les jeunes peuvent consommer de la drogue pour diverses raisons telles que la recherche de plaisir, la fuite d'un mal-être, une tentative d'échapper à la réalité ou une recherche de dés-inhibition. Cependant, la réponse apportée par la drogue se révèle transitoire et conduit l'adolescent sur un chemin plus escarpé et dans un cercle vicieux dont il aura du mal à s'extraire spontanément. La consommation de drogue, peut également venir colmater temporairement un sentiment de vide et d'ennui, l'angoisse et des affects dépressifs. Cela peut être également la possibilité de se donner du courage et de la réassurance pour découvrir le monde. La drogue apporte des sensations de plaisir, rend plus prégnante mais bloque la pensée. (Sahuc C, 2006, p.109-110)

La toxicomanie est un problème de santé publique depuis plusieurs décennies dans de nombreux pays. Alors qu'en Algérie le phénomène de consommation des drogues et de la toxicomanie est relativement récent. Cependant des facteurs de risque comme la structure de la population 63.5% a moins de 30ans, la position géographique et le redéploiement des réseaux de trafiquants de drogues vers le continent Africain ; l'Algérie est un véritable carrefour ouvert sur toute l'Afrique et l'Europe, ainsi que les mutations socio-économiques et culturelle que vit notre pays constituent une véritable problématique pour notre pays dans le domaine de la toxicomanie.(Groupe Mednet, 2008, p.109)

Les adolescents qui prennent du cannabis par fascination ou par curiosité, ou encore pour faire de nouvelles expériences. Cherchent plutôt un soulagement ; ils ont envie d'oublier ou de fuir la réalité. Des tensions, des tendances dépressives, un manque d'affection, la fuite des

Problématique

critiques ou bien le font par désir de faire comme les autres, de ressentir l'ivresse ou de laisser aller, etc. sont autant des problèmes qui peuvent conduire des adolescents à consommer le cannabis.

Les adolescents toxicomanes, qui consomment le cannabis, ont-ils une faible estime de soi ?

Hypothèse

Les adolescents toxicomanes, consommateurs du cannabis, ont une faible estime de soi.

Intérêt du thème de la recherche :

- 1) Ce qui nous intéresse dans ce thème intitulé « **l'estime de soi chez les adolescents consommateurs du Cannabis** », est que ce dernier est en pleine expansion, et très répandu dans notre société, ce qui le rend facile d'accès. Malgré que, son usage peut s'intensifier rapidement, de devenir durable et d'entraîner les effets nocifs à terme.
- 2) Cette spécificité sur le choix de l'estime de soi, permettra d'appréhender dans quels secteurs de la vie de l'adolescent toxicomane sont plus affectés ou plus préservés dans les catégories suivantes : (personnelle, sociale, familiale et scolaire). Comme elle permettra aussi de cerner la problématique de l'estime de soi en générale.

Les objectifs de la recherche :

L'objectif de la présente étude visait à :

- 1) Eclairer la question de l'estime de soi des jeunes toxicomanes au cours de l'adolescence.
- 2) D'examiner leurs estimations de soi dans les domaines suivants (générale, sociale, familiale et scolaire).
- 3) Souligner l'aspect dangereux de la consommation du cannabis à l'adolescence.
- 4) Donner de l'importance à cette tranche d'âge, qui est considéré comme la période d'initiation à la consommation de psycho-actives et particulièrement le cannabis.

Définitions des concepts clés

Afin d'arriver à une compréhension commun aux termes utilisés, on va tenter de donner une description des concepts auxquels il sera fait référence dans cette recherche :

L'estime de soi : le manuel S.E.I (Self Esteem Inventory) propose une définition en 1984 qui est comme suite : « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs.

L'adolescent : Epoque de la vie qui se situe entre l'enfance, qu'elle continue, et l'âge adulte. Il s'agit d'une période marquée par les transformations corporelles et psychologiques, qui débute vers 12 ou 13ans et se termine entre 18 et 20ans. Ces limites sont imprécises, car l'apparition et la durée de l'adolescence varient selon les sexes, les races, les conditions géographiques et les milieux socio-économiques. (Sillamy N, 1999, p.78)

Cannabis : nom scientifique du chanvre indien, c'est une drogue faite à partir de cette plante. (Labro C, 2009, p.244)

Drogue : c'est l'ensemble des substances psycho-actives naturelle ou synthétique qui par leur actions sur le système nerveux central, peuvent modifier l'activité psychique, les sensations, le comportement et éventuellement engendrer une dépendance. (Demange j, 2008, p.120)

Selon le dictionnaire le petit Larousse : c'est une substance pouvant modifier l'état de conscience.

Toxicomanie : est un état psychique et quelque fois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation ; cet aspect peut s'accompagner ou non de la privation ; un même individu peut être dépendant de plusieurs produit. (Tine B, p.49)

CHAPITRE 1 :

L'Estime de Soi

Préambule

L'estime de soi est un paramètre individuel qui varie d'une personne à une autre. Il contribue à la construction du sujet, à son épanouissement et à sa croissance, de se fait, il commence à prendre une place importante dans notre conception du bien-être.

Ce chapitre à pour objectif de mieux cerner le concept de soi et l'estime de soi.

Pour se faire, nous avons scindé ce chapitre en deux sections : la première concerne des généralités sur le concept de soi, la seconde va s'orienter vers la définition de l'estime de soi, ses théories, son développement chez l'adolescent, ses degrés et les facteurs qui l'influencent.

1-1- Définitions et théorisations du concept de soi :

La notion de Soi occupe une place importante en psychologie sociale et en psychologie de la personnalité. Le concept de Soi est un des concepts les plus étudiés aujourd'hui. On peut le définir comme la collection des représentations que l'individu a de lui-même.

w. James (1890) est le premier chercheur qui s'éloigne qu'une approche philosophique de Soi pour aborder cette notion d'un point de vue psychologique. Sa définition d'un Soi empirique est très proche de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui le concept de Soi. Selon cet auteur, le Soi peut être considéré à la fois comme un objet de connaissance et d'évaluation de nous-mêmes et comme une structure exécutive à l'origine de nos actes et nos pensées. Il se divise en :

- un soi matériel qui renvoie à nos propriétés physique ;
- un soi spirituel qui correspond à notre vie psychique ;

Un soi social qui inclut les représentations que les individus ont d'une personne et les représentations que cette personne a de ces individus.

Et pour Baldwin (1897) propose une théorie du Soi social ou « socius ». Pour lui, la personnalité est le résultat du développement social et culturel de l'individu. Le soi peut se décomposer aux représentations que nous avons des autres, réels ou imaginaires, l'ego renvoie à la manière dont nous nous percevons.

Dans une perspective davantage sociologique, Cooley (1902) a aussi fortement influencé l'approche psychosociale du concept de Soi. Il est à l'origine d'une définition de Soi comme miroir. Selon cette théorie, nous nous construisons une connaissance sur nous-mêmes en puisant que nous sommes amenés à rencontrer représentent un miroir au travers duquel nous pouvons mieux nous connaître.

Et pour MEAD (1934), le Soi se construit par l'interaction entre l'individu et son milieu. C'est par le partage avec l'autre généralisé, à savoir la communauté et les groupes auxquels on appartient, que l'individu se construit. Cependant, il y a des différences individuelles importantes car le processus social n'est pas perçu de la même manière par tous : « Le fait que les Soi individuels tiennent leur origine et leur élaboration structurale d'une source sociale commune n'exclut pas qu'existent entre les individus de groupes variations et de profondes différences » (Mead, 1934). Ces variations s'expliquent par la distinction que fait l'auteur entre le JE et le MOI. Il y aurait ainsi une composante « psychologique » de Soi (je), qui regroupe les aspects créatifs de l'individu, et une composante « sociologique » de Soi (le moi), qui traduit l'intériorisation des rôles sociaux. (Ric F, 1996, p.54)

Pour Rogers : l'individu perçoit des objets extérieurs à lui, en fait l'expérience et leur attache des valeurs. L'ensemble de ces perceptions et de ces valeurs forme le champ phénoménal de l'individu. Les parties phénoménales considérées par l'individu comme « soi » constituent le soi. Le concept de soi représente la configuration organisée et cohérente des perceptions. Bien qu'in connaisse des changements, le soi conserve ce caractère, intégré et organisé. (Pervin J, 2004, p.144)

Donc, le concept de Soi renvoie à la composante cognitive du Soi. L'intérêt se porte ici sur les connaissances que les gens ont d'eux-mêmes. Il est décrit comme « un phénomène à plusieurs facettes, comme un ensemble ou une collection d'images, de schémas, de conceptions, de prototypes, de théorie, de but, ou de tâches » (Markus & Wurf, 1987).

Le concept de Soi s'adapte à la situation sociale immédiate en fonction des objectifs poursuivis par l'individu. Dans son fonctionnement, on relève deux apparemment contradictoires du Soi : sa stabilité et sa malléabilité. D'un côté, les individus ont besoins qu'une consistance interne, ils résistent aux informations qui s'opposent à leur autoreprésentation. D'un autre côté, le concept de Soi doit être fluide afin de s'ajuster à son environnement (Netchine S, 2001, p.8-10)

1-2- L'estime de soi :

1-2-1 Définition de l'estime de soi

Développé par James Noley, la théorie de l'estime de soi peut être traduite dans le rapport entre ce que nous sommes en tant qu'individu (apparence physique, réussite sociale) et ce que nous souhaitons être. La construction de l'estime de soi prend ses racines dès la plus petite enfance avec ce que Jacques SALOME appelle le biberon relationnel. Autrement dit, comment s'effectue la transmission des messages entre l'enfant et ses parents. (13/11/12, www.psychologie.com)

Le manuel S.E.I. (Self Esteem Inventory, 1984) propose une autre définition : l'estime de soi se définit comme « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs ».

Callahan et Kidd remarquent, quant à eux, que « la littérature suggère que, quelle qu'elle soit définie, l'estime de soi dérive de la satisfaction de nos propres besoins psychologiques primaires et des dispositions sociales qui produisent l'efficacité et l'acceptation sociale ». (Callahan P et Kidd J, 1986, p.664)

Et pour Hong, Bianca et Bollington (1993) cite la définition suivante : « c'est une attitude individuelle envers soi-même, impliquent une auto-évaluation sur une dimension positive-négative » (Roques M, 1995, p.79)

Donc, c'est la valeur qu'un individu attribue à l'image qu'il a de lui-même. Cette valeur est avant tout ressenti, positif ou négatif. Elle se réfère à la valeur que l'on s'attribue à soi dans différents sphères de la vie.

1-2-2- Les théories sur l'estime de soi :

Le concept de l'estime de soi a été marqué par différentes théories depuis les premières recherches et études sur le sujet. En effet, chacun a essayé de lui donner une définition et d'y émettre sa propre théorie.

Il faut d'abord remonter à **W. James** (1890) qui, comme le présente Harter (1998), définit l'estime de soi étant une conscience affective de soi de tonalité moyenne. James veut dire par-là que l'individu fait un bilan en confrontant ses propres succès et ses propres échecs par rapport à ses aspirations, ses désirs et ses objectifs. Il s'agit là de rapport entre aspirations d'un sujet et ses réussites affectives. La différence, l'écart entre l'objectif et le résultat de

l'action, donne le niveau de l'estime de soi. Plus le résultat se rapproche de l'objectif, plus l'estime de soi sera élevée, et inversement.

James propose une estime de soi globale, avec néanmoins la distinction de 3 composantes :

- a. **Le soi matériel** : la vanité, la fierté d'être riche.
- b. **Le soi social** : la fierté sociale, familiale, professionnelle.
- c. **Et le soi spirituel** : un sentiment de supériorité morale.

Cette théorie sera reprise par différents chercheurs en psychologie comme : Glick et Zigler 1985, Higgins 1987 1991, Markus et Nuriious 1986, Tesser et Campbell 1983. (Dolan S Arsenault A, 2010, p.150)

La théorie de **C.H. Cooley** (1902), à laquelle s'associe celle de Mead (1925), complète la perspective précédente de Harter (1998). L'estime de soi est envisagée comme une construction sociale, c'est-à-dire en grande partie influencée par la façon dont les autres nous perçoivent. Cooley considère l'estime de soi comme l'interprétation des réactions et des comportements à notre égard. Ceci étant, ce dernier à lui-même précise qu'un individu avec une estime de soi stable était à l'abri de toute influence, le contraire n'ayant pu être prouvé de façon scientifique.

Depuis ces deux grands courants théoriques, les nouvelles recherches sur l'estime de soi on mit en évidence une théorie multidimensionnelle. (Sordell J, 2000, p.47-48)

Pour **Bandura** l'estime de soi peut provenir d'auto-évaluation basée sur la compétence personnelle ou sur la possession de caractéristiques personnelles investies de valeurs positives ou négatives selon la culture. Lorsque l'estime de soi provient de la compétence personnelle, les gens tirent fierté du fait qu'ils répondent est aux exigences de leurs critères de mérite. Ils éprouvent de l'autosatisfaction pour un travail bien fait mais sont déçus d'eux-mêmes quand ils n'atteignent pas leurs critères de mérite. Les compétences personnelles qui donnent les moyens d'accomplir des réalisations appréciées fournissent un véritable fondement de l'estime de soi. Cette source d'auto-évaluation permet aux individus d'influencer sur leur propre estime de soi en développant des potentialités qui procurent de l'autosatisfaction à partir des réalisations personnelles. (Bandura A, 2007, p.27)

1-2-3 Les mécanismes de régulation de l'estime de soi :

Lorsque surviennent des perturbations situationnelles de l'estime de soi, les individus ressentent des émotions négatives liées à l'accroissement de l'écart entre le concept de soi et l'idéal du moi. Cet inconfort émotionnel déclenche, chez les individus sains, des mécanismes de régulation pour retrouver un niveau élevé d'estime de soi et un état émotionnel positif associé (Bariaud F et Bourcet C, 1998, p.68).

Ces mécanismes de régulation peuvent s'appuyer sur les différents éléments qui constituent l'estime de soi: l'individu peut ainsi modifier et/ou «manipuler» les informations dont il dispose à propos de lui-même «concept de soi» en réalisant de nouvelles expériences qui relativisent son échec ou, au contraire, en inhibant son activité pour éviter la confirmation d'informations négatives par des échecs répétés; il peut changer de groupe de référence «idéal du moi» afin de pouvoir se comparer à des individus plus proches de lui ou plus mal lotis que lui (mécanisme de comparaison sociale); enfin, il peut désinvestir la dimension menacée. Les stratégies qui consistent à créer des obstacles sur le chemin de la performance afin de pouvoir ensuite attribuer l'éventuel échec à ces obstacles plutôt qu'à un manque de capacités, ou encore à diminuer ses efforts, relèvent de ce que Martinot, 2005 nomme «l'auto-handicap». Comme les stratégies de comparaison sociale ou de désinvestissement de la dimension menacée, l'auto-handicap fait partie des conduites auto-protectrices que les adolescents peuvent mettre en œuvre pour protéger leur estime de soi face à leurs échecs dans certains domaines.

Plusieurs précisions doivent être apportées quant à ces mécanismes de régulation mis en place face aux perturbations situationnelles de l'estime de soi:

- a) Le niveau initial d'estime de soi des individus conditionnerait l'impact des événements et expériences. (Martinot, 1995) montre que l'estime de soi est plus fluctuante chez les individus qui ont une estime de soi structurellement plus basse (plus facilement perturbée par les événements extérieurs) alors qu'elle est plus stable chez les individus qui ont une estime de soi structurellement plus haute.
- b) Les mécanismes de régulation de l'estime de soi peuvent être différents selon le niveau d'estime de soi initial de l'individu (Scariot, 2000). Les actions des individus qui ont une estime de soi plus basse sont influencées par leurs doutes; ils sont focalisés sur la protection d'eux-mêmes contre les échecs et les rejets; ils tentent de mettre au jour leurs

insuffisances et leurs faiblesses afin de les surmonter et d'y remédier; face à l'échec, leur stratégie est principalement l'évitement. Au contraire, les individus à plus haute estime de soi se focalisent sur leurs points forts et essaient de les entretenir; ils sont le plus souvent à la recherche d'opportunités de réussite. Ces stratégies différentes, mises en place par les individus selon leur niveau initial d'estime de soi, ont une influence sur l'évolution des niveaux d'estime de soi: chez les individus à haute estime de soi, les stratégies de confrontation permettent d'augmenter encore leur niveau d'estime de soi, alors que les stratégies d'évitement utilisées par les individus à basse estime de soi ont souvent comme conséquence une baisse d'estime de soi. On peut donc ici parler de cercle cumulatif «vertueux» ou «vicieux», selon le cas (André C et Lelord F, 2002, p.102).

- c) Certains mécanismes de protection de l'estime de soi peuvent avoir des effets collatéraux non désirés ou non désirables sur d'autres plans. Ainsi, dans le domaine scolaire, face à un échec, les mécanismes d'évitement (ne pas se présenter à un examen par exemple) peuvent avoir un effet positif sur l'estime de soi tout en ayant des conséquences négatives sur la performance académique. Toujours dans le domaine scolaire, privilégier des comparaisons avec des élèves moins bons que soi (comparaisons plus favorables qui permettent de maintenir une bonne estime de soi) ne permet pas de mettre en place des stratégies pour progresser (Martinot B, 2005, p.65).

1-2-4 La construction de l'estime de soi chez les adolescents

Les difficultés liées à l'estime de soi à l'adolescence sont assez présentes chez la plupart des adolescents. Il est lié au fait que l'adolescence est une période de construction du sujet.

Les adolescents sont très sensibles au regard et au jugement des adultes ainsi qu'à ceux des pairs. L'estime de soi chez les adolescents est à mettre en relation avec le vécu des changements corporels qui déstabilisent beaucoup les adolescents de manière générale. Ces changements corporels peuvent donner aux adolescents l'impression d'une perte de contrôle d'eux-mêmes. (www.over-blog.com, 13/01/13)

De l'âge de 14ans à l'âge de 23ans, les hommes gagnaient de l'assurance et les femmes en perdaient, alors qu'à 14ans l'estime de soi était au même niveau chez les représentants des deux sexes, à 23ans elle était beaucoup plus élevée chez les hommes. Apparemment, les hommes et les femmes ne vivent pas l'adolescence de la même manière,

pas plus que la transition à l'âge adulte. Chez les hommes, les choses se passent bien : ils se rapprochent du son idéal durant cette période de leur vie. Malheureusement, il en va tout autrement des femmes : elles s'éloignent de leurs soi idéal au moment d'entrer dans l'âge adulte. (Pervin J, 2005, p.147)

Chaque personne est un être social qui se développe au contact des autres. La perception qu'il a de lui-même se forge dès ses premières années de vie.

L'estime de soi selon Bee est « jugement global de sa propre valeur telle que la personne elle-même la perçoit » (Bee A, 1994, p. 222). L'idée que se fait la personne de sa propre valeur se constitue par le rapport à autrui. Le sentiment de la valeur de soi peut-être défini comme un jugement personnel de valeur qui s'exprime dans les attitudes que l'individu a à l'égard de lui-même. Parmi les facteurs qui contribuent à façonner l'estime de soi, on note l'influence de la comparaison sociale.

La question des rapports entre l'estime de soi générale et les perceptions de soi dans différents domaines a fait l'objet d'un certain nombre d'études. Selon Harter (1999), à l'adolescence, la perception de son apparence physique est la variable la plus fortement reliée à l'estime de soi générale des jeunes. Sauf l'étude de McCreary Juhasz (1985) faite sous forme d'une entrevue et où les jeunes rapportaient accorder plus d'importance aux domaines de la compétence scolaire et athlétique qu'à celui de l'apparence physique dans leur estime de soi, la plupart des autres chercheurs abondent dans le même sens que Harter (DuBois & Hirsch, 2000 ; Lerner, Karabenick & Stuart, 1973 ; Mendelson, 1982 ; Siegel, 2002). Les jeunes qui ont des attitudes positives envers leur apparence physique ont tendance, plus que ceux qui ont des attitudes négatives, à avoir une estime de soi générale élevée. L'arrivée à la puberté rendrait les jeunes très préoccupés et soucieux de leur image corporelle (grandeur et poids), de leur attirance physique et de leur niveau de maturation pubertaire ; l'appréciation de soi résulterait de la comparaison de ces différents aspects avec ceux des autres jeunes du même âge. (Seidah A, 2004, p.405)

Le domaine des relations sociales semble aussi tenir une place importante dans l'estime de soi des jeunes. À titre d'exemple, les études de Harter (1988) et de Woody, Lemare et Ditner (1987) révèlent qu'après l'apparence physique, il s'agit du domaine le plus fortement corrélé à l'estime de soi générale des jeunes entre 8 et 15 ans. Parmi les changements qui s'installent entre le début et la fin de l'adolescence, on note une réorganisation de l'importance relative des personnes significatives dans la vie des jeunes. En

particulier, l'importance accordée aux relations avec les pairs s'accroît considérablement, tout comme le besoin plus général de développer des relations intimes significatives à l'extérieur de la famille. Si, comme le propose Harter (1993), l'estime de soi résulte de la combinaison de la compétence que s'attribue la personne dans un domaine et de l'importance qu'elle accorde à celui-ci, on comprend alors aisément que la compétence à satisfaire ses besoins de relations interpersonnelles joue un rôle important dans l'estime de soi des jeunes à l'adolescence. (op.cit. p.405)

1-2-5 Les degrés de l'estime de soi :

Parmi les degrés nous avons cités (02) types qui sont les suivants :

1) Une bonne estime de soi :

A- Ses caractéristiques :

a) *La hauteur, le niveau d'appréciation* : une personne avec une bonne estime de soi est capable de parler positivement d'elle, de recevoir des compliments sans gêne, de persévérer mais aussi de renoncer sans se sentir humiliée. Elle ajuste ses objectifs à sa valeur, sans prétention ni dénigrement.

b) *La stabilité* de l'estime de soi face aux événements de vie, lui permettant d'être un amortisseur en cas d'échec ou de succès et de rester soi-même quelles que soient les circonstances ou les interlocuteurs.

c) *L'harmonie entre les différents investissements* de l'estime de soi. On peut baser son estime de soi sur un seul domaine (par exemple, l'apparence physique) mais avoir plusieurs domaines d'expression de l'estime de soi est préférable. Une estime de soi harmonieuse correspond à la multiplicité des intérêts de la personne (musique, sport, vertus...), permettant des réparations croisées en cas d'échec dans un domaine.

d) *L'autonomie* de l'estime de soi par rapport aux facteurs extérieurs (pression sociale...). Ainsi, investir son estime de soi dans des objectifs internes (honnêteté, solidarité...) permet d'être moins soumis aux pressions extérieures et d'avoir une estime de soi plus solide.

e) *Le coût en énergie psychologique* : avoir une bonne estime de soi permet un faible impact émotionnel des événements de vie. La personne est donc moins stressée, elle ressent moins le besoin de se justifier mais se nourrit tranquillement des critiques. Une bonne estime de soi

facilite la cicatrisation des blessures émotionnelles et aurait un effet favorable sur la santé physique.

f) L'importance de la place accordée à l'image de soi : une bonne estime de soi permet de se contenter d'être apprécié plutôt que d'être célébré. L'image de soi n'est pas une obsession.

B- Ses bénéfices

Tout d'abord l'effet de protection et d'autoréparation : l'estime de soi facilite la résilience face aux évènements de la vie. Elle fonctionne comme une protection de type facilitant la cicatrisation rapide des blessures émotionnelles. Quelle que soit la qualité de l'estime de soi, les échecs sont toujours émotionnelles douloureux. Lorsque quelqu'un dit être indifférent aux échecs, il nous en apprend davantage sur la force de ses mécanismes de déni que sur celle de son estime de soi. Car c'est sur la rapidité de la réparation qui a lieu ensuite que les différences se manifestent : certains se reconstruisent très vite après un échec, d'autre le ruminent longuement. La vérité de l'estime de soi est là, dans sa fonction auto-réparatrice, lors de l'après-crise, plus que pendant la crise elle-même.

Autre bénéfice, ensuite, effet favorable sur la santé somatique, et pas seulement sur le plan psychologique. Il existait un parallèle net entre les capacités d'auto-valorisation et la bonne résistance physique au stress.

L'estime de soi est aussi une forme d'intelligence de soi, qui est à la fois la faculté de connaître et de comprendre (l'estime de soi statique) mais aussi l'aptitude à s'adapter à des situations nouvelles et à découvrir des solutions aux difficultés que l'on rencontre.

Elle est donc finalement ce qui nous permet de tirer le meilleur de ce que nous sommes à l'instant présent, en fonction de notre niveau de vie. (Andre C, 2009, p.38-40)

2) une mauvaise estime de soi

Lorsque les gens souffrent d'une mauvaise évaluation de leurs valeurs propres, ils se comparent souvent aux autres. Par ce processus ils voient leurs défauts qui dépassent, ce qui les rend moins respectables que les gens auxquels ils se comparent. Ils verront leurs défauts et tout ce qui leur manque, tout en glorifiant à outrance les bons traits que les autres peuvent avoir.

Une paranoïa croissante face à la simple possibilité que les autres puissent se moquer d'eux peut aussi survenir. Ils peuvent avoir une peur malade d'être jugé lorsqu'ils sortent en public vu que leurs défauts leur semblent si apparents. Ceci causera chez eux des sentiments de haine envers soi et de répugnance.

Il y a aussi des moments où les gens qui ont une faible estime de soi sentent qu'ils ne méritent pas tout ce qu'ils ont, ou qu'ils ne sont pas dignes de l'amour que leurs amis ou que leur famille leur témoigne. Ils sentiront souvent qu'ils n'en valent pas la peine, et qu'il se perd un temps fou dès que des gens dépensent du temps, de l'argent et des efforts pour être auprès d'eux ou pour les faire se sentir bien.

Alors ils peuvent s'isoler de toutes les activités sociales qu'ils pratiquent, ou ils peuvent avoir de la difficulté à interagir avec les autres. Ils peuvent devenir hypersensibles face aux critiques, et peuvent se sentir sans ressources et vulnérables même en présence de ceux qui se préoccupent vraiment de leur sort. Malheureusement, certains d'entre eux peuvent exprimer leur haine d'eux-mêmes par la violence et par une intolérance accrue face à ce que les autres ont à leur dire.

Certains indicateurs d'une forme de faible estime de soi peut inclure une forme obsessionnelle de perfectionnisme. Les gens qui souffrent de cette forme de dévalorisation tendent à se conformer à des standards impossibles, de sorte qu'ils développent des sentiments profonds de haine de soi puisqu'ils n'arrivent pas à combler leurs attentes. Ils peuvent aussi être trop enclins à plaire aux autres au dépend de leurs propres besoins. Ceci se produit parce que toute forme de renforcement qu'ils reçoivent des autres devient un moyen de se considérer, du moins momentanément, digne du respect et de l'amour qu'on leur témoigne.

Malheureusement, sans cette marque d'approbation venue des autres, ils retomberont encore dans leurs sentiments de dévalorisation. (www.techniquespourlestimesdesoi.info, 24/11/12)

A- La souffrance d'une mauvaise l'estime de soi :

Toutes les manifestations de souffrance de l'estime de soi sont normales tant qu'elles restent occasionnelles. Le problème ne se pose que si elles deviennent fréquente, voire constantes, intenses, disproportionnées par rapport à ce qui les a déclenchées voici quelqu'un :

- a) *Obsession de soi*, comme toute les fois qu'un souci nous hante et qu'il n'est pas résolu, les questions sur soi et son image peuvent prendre une place obsédante, pesante, excessive à l'esprit de la personne.
- b) *Sentiment de solitude*, impression d'être une personne différente des autres : plus fragile, moins compétente, plus vulnérable et plus isolée.
- c) *Comportement inadéquats par rapport à nos intérêts*, devenir désagréable lorsque l'on se sent jugé ou nos valeurs (essayer d'impressionner, de rabaisser les autres, alors que cela ne correspond pas à nos valeurs personnelles.)
- d) *Tension intérieure*, insécurité dans les situations sociales, avec une impression d'assurance mentale liée au sentiment d'une surveillance par le regard des autres, et aux interrogations inquiètes sur sa conformité.
- e) *Difficulté à demander de l'aide*, paradoxalement, ce sont les personnes à bonne estime de soi qui demandent le plus facilement de l'aide à autrui. Elles ne se sentent pas dévalorisées de devoir le faire.
- f) *Dépendance excessive envers les normes et les codes des groupes sociaux*, à propos de l'apparence de son corps, de la mode, de son vocabulaire, de ses possessions matérielles et ses règles implicites de bonne manière « mais ça ne se fait pas de... ».les codes sociaux varient selon les époques et les cultures : autrefois les sujets à estime de soi fragile étaient préoccupés par le fait d'être respectables et convenables. Maintenant, ils se soumettent à d'autres dictatures : paraître jeune, avoir un corps conforme, mince, bronzé, sans rides.
- g) *Faire semblant*, avoir recors à divers mensonges sociaux, le plus souvent, en essayant d'être le plus conforme possible par rapport aux désirs des autres de nous voir forts ou faibles, on s'assure de ne pas être rejeté, on se cache derrière un personnage social. (Andre C, 2009, p.38-49)

1-2-6 Les facteurs qui influencent l'estime de soi :

On ne naît pas avec une bonne ou une mauvaise estime de soi. Le sentiment de sa valeur personnelle et de son importance s'enracine autour des premières expériences de la vie : l'amour des parents et de l'entourage, la sécurité affective. L'estime de soi se développe, peu à peu, à partir des expériences et des relations avec les personnes importantes de son entourage. Bien que les bases de l'estime de soi s'ancrent dans l'enfance, les personnes et la société continuent de l'influencer tout au long de la vie. (www.ciao.ch, 24/11/12,)

Ainsi, les enfants se développent mieux lorsqu'ils se sentent acceptés par leurs parents et quand ceux-ci font preuve d'une attitude « démocratique » à leur égard. On observe chez ces enfants les caractéristiques suivantes : le développement intellectuel plus rapide, originalité, sécurité affective et maîtrise de soi ; par contre, les enfants de parents autoritaires et adoptant une attitude de rejet sont instables, rebelles, agressifs et querelleurs selon Baldwin, (1949). L'idée que se fait l'enfant de l'opinion de ses parents à son sujet constitue l'aspect le plus crucial. S'il croit que leur évaluation est positive, il appréciera son corps et son moi. S'il sent que l'évaluation est négative, il manquera d'assurance et aura une opinion peu flatteuse de son corps selon Jourard et Gemy (1955). Il semble que le regard que les parents posent sur leurs enfants reflète pour une bonne part le jugement qu'ils portent sur eux-mêmes.

Coopersmith a recueilli des données sur la façon dont les enfants perçoivent leurs parents. Et les résultats révèlent que les indicateurs de prestige, tels que la richesse, le niveau de scolarité et la profession, n'avaient pas d'effet notable sur l'estime de soi, comme on le croit souvent. C'est en fait le milieu familial, ainsi que l'environnement interpersonnel immédiat, qui joue le plus sur l'estime de soi. Il semble que les enfants sont influencés dans leur jugement par l'*évaluation des autres* ; on nomme ainsi le processus par lequel ils adoptent les opinions exprimées par les personnes importantes à leurs yeux et s'en servent pour former leurs propres jugements. (Pervin J, 2004, p.157-158)

Coopersmith résume ainsi les résultats de son étude : « disons que, de manière générale, trois facteurs présentent à la mise en place de l'estime de soi :

- 1) les parents acceptent totalement ou presque totalement leur enfant ;
- 2) les règles sont définies avec clarté et appliquées avec fermeté ;
- 3) les parents font preuve de respect et de souplesse lorsque les actes se conforment aux règles établies » (Coopersmith S, 1967, p. 236).

Conclusion :

L'estime de soi étant liée à la valeur que l'on s'attribue dans les différents aspects de notre la 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 estime de soi n'est pas identique dans les différentes sphères de notre vie : on peut avoir une bonne estime de soi à l'école, et une moins bonne dans sa vie familiale

au bien sociale. Et ces différentes estimes de soi sont interdépendantes : un succès ou un échec dans un domaine pourra avoir des répercussions sur notre estime de soi dans un autre domaine.

Et finalement, l'estime de soi se construit au fil des années, qu'elle n'est jamais définitivement acquise et qu'elle n'est jamais définitivement fixée. Elle fluctue dans un processus qui dépend de la situation présente et de son rapport avec notre propre passé. (Hourst B, 2008, p32-33)

CHAPITRE 2 :

L'Adolescence

Préambule:

Tout les changements auxquels l'adolescent est confronté nécessitent d'être explorés, apprivoisés pour les intégrer ; ils font naître en lui un sentiment de nouveauté et d'étrangeté qu'il lui est difficile d'exprimer. Et les repères corporels, identitaires, psychologique et sociaux de l'enfance sont bouleversés et doivent être redéfinis.

Pour mieux présenter cette période de la vie, on lui a consacré un chapitre entier ; la première section a été réservée à la présentation de l'adolescence ; la deuxième a été réservée à la présentation des différents sphères du développement chez l'adolescent.

2-1-L'adolescence :**2-1-1- Définition de l'adolescence**

Le mot « adolescence » vient du latin *adolescere* qui signifie croître, grandir. L'adolescence est l'âge du changement, des transformations. C'est une période de transition, de passage, avec tout l'inconfort que cela comporte. Le début est relativement facile à définir, avec l'apparition des signes pubertaires ; la fin est un phénomène plus psychosocial, dont les limites sont floues, reculées de nos jours par l'âge tardif de l'accession à l'autonomie matérielle, par l'allongement de la durée des études... (Kremp L, 2007, p.195).

La définition de l'adolescence, donnée par Le Vocabulaire de l'Education, en 1979 s'énonce comme suit : « ...phase de développement séparant l'enfance de l'état adulte et caractérisée par des transformations biologiques souvent brusques morphologie, sphère génitale et des modifications importantes de la personnalité quête de l'identité et individuation, tentative d'autonomie, passage de la dépendance à l'interdépendance, intellectualisation, recherche des modèles d'identification et construction d'un projet de vie » (Bouslimi J et Pirard C, 2002, p.44)

L'adolescence est une période de la vie située entre l'enfance et l'âge adulte. Elle débute aux premiers signes de la puberté, (vers 11 ans chez la fille et 13-15 ans chez le garçon). A cette période l'adolescent subit de nombreux changements, dans différents sphères de sa vie.

2-1-2- Repères historique sur l'adolescence

Le concept d'adolescence peut être daté historiquement : on peut dire, qu'il est né avec la Révolution, il émerge au XIX^e siècle (le terme d'adolescence perd sa connotation railleuse

dans les dictionnaires en 1850). C'est au XX^e siècle qu'il acquiert ses fondements médicaux – le mot hormone est créé en 1950 par Starling –et psychologiques- les trois Essais sur la théorie de la sexualité de Freud date de 1950.

On peut supposer que, depuis que les jeunes existent on a élaboré des représentations sociales pour rationaliser l'existence de leur classe d'âge. La première mention, déjà négative, aux jeunes remonte à 4000ans : on peut lire sur une tablette retrouvée à Our en Chaldée l'inscription suivante : « Notre civilisation est perdue si on laisse continuer les actions inouïes de nos jeunes générations ». C'est surtout dans les écrits des philosophes que nous pouvons retrouver une trace des antiques représentations sociales. Platon (427-437 a C) affirmait que l'adolescence est caractérisée par une excitabilité excessive et par le plaisir de discussions sans fin. C'est aussi le temps où se développent l'intelligence et la raison. Aristote (384-322 a. C) affirmait que c'est dans l'adolescence que se développe la capacité de choisir qui permet la formation du caractère. (Lutte G, 1988, p.30-34)

Certes, il y a toujours eu une jeunesse et un problème de jeunesse depuis l'Antiquité. Mais il semble bien que les Grecs, par exemple, limitaient le problème du passage pubertaire grâce à l'embrigadement militaire (l'éphébie), tandis que chez les filles les rites de mariage faisaient office de rites de passage. Ainsi, il semble que l'organisation sociale des adolescents et les rites aient résolu pour ces sociétés ce que nous appelons « le problème de l'adolescence ». Or il est classique de dire que, dans les sociétés primitives, l'adolescence n'existe pas car elle a été remplacée par les rites d'initiation. Sur le plan psychanalytique, il est clair que ces rites résolvent les problèmes psychologiques, tels l'abandon de l'enfance ou la séparation d'avec les parents que rencontre, sans qu'il en ait conscience, tout adolescent.

2-1-3- Les bases théoriques sur l'adolescence

L'adolescence a été longuement théorisée comme une période de crise, de changement et de perturbations. L'adolescence est vue soit par les parents, soit par des psychanalystes, soit par des adolescents eux-mêmes comme une étape importante, voire difficile. (Gutton P, 1999, p.136)

D'abord, c'est Jean-Jacques Rousseau qui a exercé la plus grande influence sur les théories moderne de l'adolescence. Dans l'Emile il décrit cette période, qui pour lui s'étend de 15 à 20ans, comme une deuxième naissance, une métamorphose, le stade de l'existence où s'éveillent le sens social, l'émotivité et la conscience morale. En avance sur le temps,

Rousseau inventait l'adolescence moderne au point que sa théorie ne connut le succès qu'à la fin du XIX^e siècle. Son insistance sur le caractère naturel, et donc inévitable, des stades de la vie et de la crise de l'adolescence, sur l'importance de cette période de la vie, sur la nécessité d'un contrôle assidu sur les jeunes et de leur éloignement du monde adulte, sur la distinction entre garçons et filles aux dépens de ces dernières, sont autant d'arguments qui pouvaient justifier la subordination des jeunes et qui furent repris par les pédagogues et psychologues de l'adolescence. (Lutte G, 1988, p.30)

Pour la théorie psychanalytique ; Freud était convaincu que la personnalité se structurait durant les cinq premières années de l'existence et que l'adolescence n'était qu'une récapitulation de ces premières expériences. Freud n'utilise que très peu le terme « adolescence » alors qu'il emploie plus souvent celui de puberté. Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* il présente ses idées sur la réalisation de la maturité génitale et sur le détachement des parents durant l'adolescence.

La première analyse systématique de cette période est due à la fille de Freud, Anna, qui considère Bernfeld comme « le vrai explorateur de la jeunesse ». Cet auteur avait relevé l'incidence des facteurs économiques sur l'adolescence période qu'il concéderait comme importante parce qu'elle permettait l'expression des tendances à la production littéraire, artistique et scientifique et une forte inclination vers des buts idéalistes et des valeurs spirituelle. Bernfeld mettait en évidence les différences dans l'adolescence des jeunes ouvriers qui acceptent plus facilement les changements somatiques de la puberté et sont plus vite considérés comme adultes alors que les jeunes bourgeois vivent avec panique cette période.

Anna Freud (1936) reprend la conception de son père sur la puberté comme récapitulation de la période prégénitale. Elle y voit une période de conflits dus à l'accroissement des pulsions contre lesquelles l'adolescent se protège en utilisant des mécanismes de défense, en particulier l'ascétisme et l'intellectualisation. En 1958, elle affronte de nouveau le thème de l'adolescence qui pour elle « constitue par définition l'interruption d'une croissance pacifique » et « ressemble apparemment à une variété d'autres troubles émotifs et ressemble beaucoup à la formation symptomatique d'ordre névrotique, psychotique et social ». Pour se défendre de l'angoisse qui dérive de la rupture des liens avec les objets d'amour de la période précédente, l'adolescent fait recours à la fuite de la famille, à l'investissement affectif sur le groupe des pairs, à l'inversion de la libido sur lui-même avec en conséquence des fantaisies de pouvoir illimité. Il est normal que pendant une longue

période l'adolescent se comporte de façon incohérente et imprévisible. En outre, l'adolescence est considérée comme une phase universelle du développement psychique. L'expérience des classes bourgeoises occidentales, qui fournissent à la psychanalyse les cas cliniques sur lesquels elle construit sa théorie, est universalisée dans une perspective exclusivement masculine. (op.cit, p.33-34)

2-2- le développement chez l'adolescent :

L'adolescence est marquée par des changements major dans tous les domaines : changements physiques, changements cognitifs, changements éducatifs et changements sociaux. L'objectif principal de l'adolescent, du point de vue du développement, est de répondre à ces nouvelles demandes de façon à ne pas se laisser piéger par les nombreux problèmes sociaux qui jalonnent son parcours (Bee H, Boyd D, 2003, p.292)

Son parcours se caractérisera par les développements suivants :

2-2-1 Le développement physiologique chez l'adolescent :

1) La puberté :

L'adolescence commence par le signal de la puberté, apportant des changements corporels spectaculaires. La puberté est la dimension somatique de l'adolescence. Elle en est parfois le point de départ ou l'accélérateur. Elle est incontournable, tout comme ses conséquences psychologiques.

Du latin « pubescere » (se couvrir de poils), la puberté est la période au cours de laquelle le corps de l'enfant se transforme en un corps adulte capable de se reproduire. Le rythme est variable d'un individu à l'autre, mais chacun subit peu à peu des transformations anatomiques, physiologiques et hormonales. Pendant cette période qui s'étale sur plusieurs années, l'adolescent subit des répercussions psychologiques dues à la nécessité d'intégrer ces nouvelles données physiques et émotionnelles. Les hormones, dont l'activité était restée discrète depuis la naissance, se mettent en ébullition et provoquent l'apparition des caractères sexuels primaires et des caractères sexuels secondaires.

Pour les filles, les premiers signes de la puberté chez la fille apparaissent vers 10ans, et s'étendent jusqu'à l'âge de 16ans. Le rythme et le degré des transformations sont variables d'une fille à l'autre, car elles sont en grande partie lié au patrimoine génétique. Les jeunes filles découvrent peu à peu la réalité de leur corps d'adulte. Avant la fin du changement,

certaines parties du corps se développent plus vite que d'autres et donnent des silhouettes temporairement disproportionnées. C'est pourquoi angoisse et complexe émergent souvent à l'adolescence et se focalisent sur ce corps étranger, imposé et incontrôlable. Ainsi la question de la normalité est-elle centrale dans la problématique adolescente.

La production soudaine des hormones FSH (hormones folliculostimulines) et LH (hormones lutéinisantes) entraîne la production par les ovaires de deux hormones féminines : l'œstrogène et la progestérone. Ces hormones permettent de produire des ovules, un par mois, de la puberté à la ménopause. Elles sont certainement à l'origine des transformations anatomiques. Par ailleurs, la glande surrénale sécrète une hormone masculine, l'androgène, responsable de la pilosité et, en partie, de la croissance. L'hormone principale de croissance est la GH qui provoque à la puberté une poussée soudaine de la taille. Par ailleurs, les caractères sexuels primaires apparaissent. Les caractères sexuels secondaires se développent et pour la plupart, ils sont visibles à l'extérieur. Il s'agit donc d'une partie importante des changements pour l'adolescente puisque c'est l'image que lui renvoie le miroir et les autres. La sensibilité accrue et la dépendance inhérente à ce reflet ont des conséquences marquantes sur la construction de l'image du corps et l'image de soi. Toutefois, la période de transformation est la plus fragilisante et par la suite, le jeune adulte laissera de côté ce souvenir et sera rassuré par ses proportions retrouvées.

Par contre pour les garçons, la puberté commence un peu plus tard chez le garçon, environ dix-huit mois après la fille, entre douze et quinze ans. De même que pour les filles, les transformations du corps n'ont pas le même rythme chez tous et certains ont une puberté précoce ou tardive. Les garçons se comparent les uns aux autres pour essayer de trouver des repères rassurants face à ce corps changeant. Le premier signe visible de la puberté chez le garçon est la pilosité pubienne.

Tout comme chez la fille, le système hypothalamo-hypophysaire dans le cerveau provoque la sécrétion de deux hormones, la FSH (hormone folliculostimulante) et la LH (hormone lutéinisante). L'hormone de croissance GH et l'androgène sont également sécrétés de façon importante au moment de la puberté. Elles donnent lieu aux transformations anatomiques.

La croissance est plus tardive que chez la fille. La taille augmente spectaculairement vers quinze ans. Le phénomène de croissance à la puberté se fait par poussées entraînées par

la production des hormones. Le garçon peut prendre 15cm en une année, la musculature et l'ossature croissent et donnent une silhouette d'homme.

La voix commence à changer grâce au phénomène de mue. Le larynx se développe sous l'effet de l'hormone androgène. La voix devient plus grave, mais passe auparavant par une phase intermédiaire où elle connaît des variations d'aigu et de grave. Cette transition confronte le jeune garçon à l'incontrôlable et à la surprise de ce qui sort de son corps. Il doit faire le deuil de cette voix qu'il connaissait depuis des années.

2) Le cerveau

Il n'y a pas si longtemps, la plupart des scientifiques croyait que le cerveau atteignait sa pleine maturité à l'adolescence. Aujourd'hui, les études basées sur l'imagerie cérébrale révèlent que le cerveau continue d'évoluer. Entre la puberté et le début de l'âge adulte, il se produit même des changements considérables dans les structures du cerveau impliquées dans les émotions, le jugement, l'organisation du comportement et l'autocontrôle.

La prise de risques, une caractéristique de l'adolescence, semble être le résultat de l'interaction entre deux réseaux du cerveau : un *réseau socio affectif*, sensible aux stimuli sociaux et affectif comme l'influence des pairs, et un *réseau de contrôle cognitif*, qui régule les réponses aux stimuli. Le réseau socio affectif devient plus actif à la puberté, alors que le réseau de contrôle cognitif devient mature progressivement, jusqu'au début de l'âge adulte. Ces découvertes pourraient expliquer la tendance des adolescents à laisser libre cours à leurs émotions et à adopter des comportements à risque, plus particulièrement lorsqu'ils sont en groupe (Steinberg, 2007). Ainsi, l'immaturité du cerveau peut faire en sorte que les sentiments prévalent sur le raisonnement et empêcher certains adolescents de tenir compte des investissements qui semblent logiques et convaincants pour les adultes (Yurgelun T, 2002, p.200).

La production de matière grise dans les lobes frontaux augmente fortement autour de la puberté, puis la densité de matière grise diminue considérablement, surtout dans le cortex préfrontal, au fur et à mesure que les synapses non utilisées (connexion entre neurones) sont éliminées et que celles qui demeurent sont renforcées. Ainsi, de milieu jusqu'à la fin de l'adolescence, les jeunes ont moins de connexions neuronales, mais celle-ci sont plus fortes, plus stables et plus efficaces, ce qui rend le processus cognitif plus performant. De plus, la stimulation cognitive a une influence décisive sur le développement du cerveau à

l'adolescence : les activités et les expériences de l'adolescent déterminent en effet quelles connexions neuronales sont maintenues et renforcées (Kuhn, 2006). En utilisant leur cerveau pour mettre de l'ordre dans leurs pensées, pour comprendre des concepts abstraits et pour maîtriser leurs impulsions, les adolescents bâtissent donc les fondements neuronaux qui leur serviront jusqu'à la fin de leur vie. (Papalia E, Olds W, Felman D, 2010, p.260-261)

3) Le sommeil

Au plan physiologique, le besoin de sommeil est très variable selon les individus, oscillant autour de huit heures par nuit à 16ans, avec extrêmes pouvant aller de six à neuf heures ou plus. La puberté n'est pas sans influence sur l'aspect du sommeil tel qu'on peut le repérer à l'aide de l'électro-encéphalogramme de nuit (enregistrement de l'activité électrique du système nerveux central pendant le sommeil). On s'aperçoit alors que l'organisation électro-encéphalographique de ce sommeil subit des changements : le nombre de cycles de sommeil diminue. De même, le sommeil paradoxal- dont on peut dire qu'il correspond au rêve – et le sommeil lent profond diminuent en pourcentage par rapport au sommeil total.

Il n'est pas rare que les adolescents souffrent d'un manque de sommeil, en particulier pendant la semaine : en effet, ils s'endorment tard et sont obligés de se réveiller assez tôt pour aller au collège ou au lycée. Cela explique les récupérations hebdomadaires au cours du week-end, l'adolescent se réveillant à midi, voire plus tard. Cependant, à l'inverse, certains adolescents utilisent le week-end pour des sorties nocturnes avec des amies et dorment encore moins que la semaine. On comprend dans ces conditions, l'importance d'un manque chronique de sommeil que l'adolescent tente parfois de récupérer en dormant dans la matinée ou l'après-midi pendant certains cours. Si ces difficultés de sommeil sont liées au mode de vie de l'adolescent et ne concernent pas directement la qualité du sommeil, il arrive, à l'inverse, que des difficultés spécifiques de sommeil ou d'endormissement apparaissent.

2-2-2 Le développement de l'identité chez l'adolescent

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte durant laquelle la quête de l'identité occupe une place importante. L'adolescent doit découvrir ce qu'il est et ce qu'il veut faire dans la vie, trouver des buts et des valeurs qui lui sont propres et explorer différentes avenues pour répondre à toutes ces questions.

L'*identité* réfère à la conception que l'individu a de lui-même, de ses identifications et de ses différents rôles sociaux. Le développement cognitif de l'adolescent lui permet

dorénavant de construire une théorie de soi. Comme l'a souligné Erikson (1950), les efforts que font les adolescents pour donner un sens à leur identité ne sont pas « une forme de malaise lié à la maturation » ; ils s'insèrent plutôt dans un processus sain et vital qui tire parti des réalisations effectuées dans les étapes précédentes (la confiance, l'autonomie, l'initiative et le travail) et qui prépare l'individu aux défis qu'il rencontrera à l'âge adulte. Cette quête de l'identité ne se termine pas à l'adolescence, puisque des problèmes d'identité peuvent se poser de nouveau à l'âge adulte.

Selon Erikson (1968), la crise majeure de l'adolescence consiste en une confrontation entre l'accession à l'identité et la confusion identitaire. Il s'agit de la crise de l'*identité versus la confusion des rôles*. L'adolescent doit la résoudre pour devenir un adulte unique doté d'une conception de soi cohérente et jouer un rôle utile dans la société. Pour Erikson, l'identité se définit en effet comme une conception unifiée du soi, composée d'objectifs, de valeurs et de croyances auxquels la personne est fortement attachée. L'identité se développe lorsque les adolescents résolvent trois problèmes majeurs : le choix d'une activité professionnelle, l'adaptation de valeurs avec lesquelles ils sont en accord et le développement d'une identité sexuelle satisfaisante.

Au moment de l'adolescence, les choses changent. Face au bouleversement pubertaire et à la nécessité de prise d'autonomie vis-à-vis des parents, l'adolescent doit reconstruire son identité et l'individualiser. Par l'opposition plus ou moins conflictuelle avec les parents, l'adolescent se positionne comme différent, unique, ayant sa propre valeur. (Vanek Dreyfus A, 2005, p.32)

L'identité est essentielle pour que le sujet se positionne dans son rapport aux autres. Dans *Les Eternels Adolescents*, F. Ladame précise la double fonction limitative de l'identité : « l'identité est un point de départ, un préalable. Mais elle constitue aussi un butoir : indispensable pour poser une limite entre l'individuel et le collectif, et préserver ainsi l'individualité, elle n'en devient pas moins une limitation en s'opposant à un idéal de complétude. » C'est l'âge où l'adolescent est confronté à ses limites et doit en accepter les contours.

C'est donc le travail de l'adolescence d'accepter la finitude des éléments et de rejeter l'idée que fantasme et réalité se mélangent, que tout est possible, qu'il n'y a pas de limites dans le monde.

L'acceptation profonde de ces principes de réalité est indispensable. Ladame écrit : « ... une construction de l'identité aboutie est caractérisée par l'intégration de la finitude. A partir de là, les fantasmes demeurent... mais ils ne devraient pas être confondus avec la réalité matérielle. » Pendant cette période, l'identité est malmenée par un corps nouveau, une métamorphose, que l'adolescent ne reconnaît plus et qui est pourtant depuis longtemps le garant de sa propre continuité. Cette nouvelle image du corps est mise à mal par les aléas des changements corporels. Un travail de réappropriation de ce corps est nécessaire et, dans un même mouvement, l'identité se modifie. L'identité ne se résume pas à l'image du corps, bien que cette dernière en soit la fondatrice. (Mareau C, Vanek Dreyfus A, 2004, p.98)

L'adolescence constitue une période d'émergence d'un « moi » adulte où l'individu devient plus conscient de lui-même et plus autonome dans ses choix. La problématique de l'individualité peut se situer à différents niveaux d'analyse: un premier niveau concerne d'abord le vécu de l'adolescent et la description de ses affects ; un deuxième niveau concerne la façon dont le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres, ce que l'on appelle « image de soi » ; un troisième niveau correspond à l'estime de soi et enfin un quatrième niveau se réfère essentiellement au concept d'identité. (Duidelli L, 2000, p.99).

Au moment de l'adolescence, les choses changent. Face au bouleversement pubertaire et à la nécessité de prise d'autonomie vis-à-vis des parents, l'adolescent doit reconstruire son identité et l'individualiser. Face à l'opposition plus ou moins conflictuelle avec les parents, l'adolescent se positionne comme différent, unique, ayant sa propre valeur. L'identité est essentielle pour que le sujet se positionne dans son rapport aux autres. (Mareau C, Vanek Dreyfus A, 2004, p.97).

1) Le développement du langage

Grâce à la pensée formelle, les adolescents peuvent maintenant définir des concepts abstraits comme l'amour, la justice et la liberté et en discuter. Ils utilisent plus fréquemment des termes comme « cependant » et « probablement » pour exprimer des relations logiques. Ils deviennent aussi plus conscients des mots en tant que symboles pouvant avoir de multiples significations, et c'est pourquoi ils aiment les jeux de mots et utiliser des métaphores (Owens, 1996). De plus, les adolescents améliorent leurs compétences en ce qui a trait à la coordination sociale des points de vue, soit la capacité de comprendre le point de vue de l'autre, de mesurer son niveau de connaissances et de s'exprimer en tenant compte de ces facteurs.

Par ailleurs, conscients de leur public, les adolescents parlent une langue différente avec leurs pairs et avec les adultes. Le linguiste canadien Marcel (1994) soutient que le langage adolescent constitue un *pubilecte*, un « dialogue social de la puberté ». Comme tout autre code linguistique, le pubilecte sert à renforcer l'identité du groupe et à en exclure les étrangers. Il se caractérise par des changements rapides dans le vocabulaire. Aussi, bien que certains termes passent dans le langage courant, les adolescents en inventent sans cesse de nouveaux. Leur vocabulaire peut toutefois différer selon le sexe, l'appartenance ethnique, l'âge, la région géographique, le quartier et le type d'école, et il peut donc varier d'un groupe à l'autre.

2) L'égoïsme de l'adolescent

Même si la pensée de l'adolescent a progressé à bien des égards, elle reste encore immature. Ainsi, l'adolescent a souvent tendance à être excessivement critique, à argumenter, à se montrer indécis sur les choix les plus simples et à penser que le monde entier tourne autour de sa personne.

D'après le psychologue David Elkind (1984), ce sont là autant de traits qui dénotent la persistance d'un certain égoïsme, attribuable au manque d'expérience de l'adolescent dans l'utilisation de ses nouvelles capacités cognitives et qui transforment radicalement sa vision de lui-même et de son environnement. Les manifestations découlant de cet égoïsme :

- a) **Illusion d'invincibilité** ; l'adolescent se croit à l'abri de tous les dangers.
- b) **Fabulations personnelle** ; l'adolescent pense avoir un destin privilégié et ne pas régi par les règles couramment en usage.
- c) **Conscience de soi excessive** ; l'adolescent est convaincu qu'un observateur s'intéresse à lui, à ses pensées et à ses actions.
- d) **Indécision** ; l'adolescent est incapable de prendre des décisions par rapport à des choses simples de la vie quotidienne.
- e) **Hypocrisie apparente** ; l'adolescent prône certaines valeurs, mais agit à l'encontre de celle-ci.
- f) **Idéalisme et esprit critique** ; l'adolescent se plaît à imaginer un monde idéal qui est souvent bien loin du monde réel qui l'entoure. Il exerce son esprit critique sur les figures d'autorité, en particulier sur ses parents.

La propension à la discussion et à l'argumentation ; l'adolescent ne manque pas de occasion d'argumenter. (Papalia Diane E, Olds Sally W, Felman Ruth D, 2010, p.271-274)

2-2-3- le développement cognitif chez l'adolescent

Les adolescents atteignent ce que Piaget appelle le niveau plus élevé de développement cognitif, soit *le stade des opérations formelles* ou *stade formel*, lorsqu'ils possèdent la capacité de penser abstraitement. Ce développement, qui se produit généralement vers l'âge de onze ans, leur permet de traiter de l'information plus complexe avec plus de souplesse. Les adolescents ne sont plus limités au « ici et maintenant » : ils sont dorénavant capables de se détacher des contingences du réel pour envisager de multiples possibilités. Ils peuvent utiliser des symboles pour en représenter d'autre. Ils sont aussi plus en mesure d'apprécier les métaphores et les allégories, et donc de trouver des significations plus riches dans la littérature. Enfin, ils peuvent imaginer des possibilités, formuler et tester des hypothèses.

Les structures cognitives évoluent parallèlement au bouleversement physiologique et psychique. Les travaux de Piaget ont aidé à la prise en compte de ce phénomène. En effet, cet auteur a montré que l'intelligence opérationnelle formelle se met en place aux alentours de 12-13ans. À partir de cet âge l'adolescent peut construire des théories et des systèmes.

Le mode de pensée de l'adolescent est « hypothético-déductive ». Auparavant, l'enfant ne pouvait raisonner que sur la réalité elle-même. Il devait toucher l'objet, le prendre en mains et l'enfant ne peut pas raisonner à partir des hypothèses. L'accession à la pensée opératoire formelle permet à l'adolescent de se détacher du réel.

Piaget attribue le passage au raisonnement formel à une combinaison de deux éléments essentiels : la maturation du cerveau et les plus larges occasions de stimulant provenant de l'environnement. Comme pour le développement des concrètes, la scolarisation et la culture jouent en effet un rôle.

1) Les changements dans le traitement de l'information

Les modifications dans la façon dont les adolescents traitent l'information reflètent la maturation des lobes frontaux du cerveau et pourraient expliquer les progrès cognitifs décrits par Piaget. En effet, l'atrophie ou le renforcement de certaines connexions neuronales dépend fortement de l'expérience. C'est pourquoi les progrès dans le traitement cognitif varient

énormément d'un adolescent à l'autre. Les chercheurs qui étudient le traitement de l'information ont déterminé deux grandes catégories de changements mesurables en matière de cognition chez les adolescents :

A- Les modifications structurelles :

Chez l'adolescent, les modifications structurelles comprennent les changements dans la capacité de la mémoire de travail ainsi que la qualité croissante des connaissances stockées dans la mémoire à long terme. La capacité de la mémoire de travail continue d'augmenter à l'adolescence. Or, l'expansion de cette mémoire permet aux adolescents plus âgés de résoudre des problèmes ou de prendre des décisions complexes contenant de multiples données. De leur côté, les connaissances stockées dans la mémoire à long terme peuvent prendre trois formes :

- a) **La connaissance déclarative** (savoir que...) est composée de toutes les connaissances factuelles qu'un individu a acquises ex : $2+2=4$.
- b) **La connaissance procédure** (savoir comment...) représente toutes les habiletés acquises ex : conduire une automobile.
- c) **La connaissance conceptuelle** (savoir pourquoi...) renvoie enfin à la compréhension qu'a un individu des situations ou des concepts abstraits.

B- Les modifications fonctionnelles

Les processus visant à obtenir de l'information, à la gérer et à la retenir représentent les aspects fonctionnels de la cognition. Il s'agit entre autres de l'apprentissage, de la mémoire et du raisonnement, des habiletés qui s'améliorent toutes à l'adolescence. Parmi les changements fonctionnels les plus importants, on observe notamment une augmentation continue de la vitesse du traitement de l'information et la poursuite du développement des fonctions exécutives, qui comprennent des habiletés comme l'attention sélective, la prise de décision, le contrôle inhibiteur des réactions impulsive et la gestion de la mémoire de travail. La capacité de gérer ses propres processus mentaux, qui représente une fonction exécutive avancée, constitue sans doute le progrès majeur de la pensée adolescente (Kuhn, 2006, p.68).

2-2-4 Le développement social

La fonction principale à l'adolescence est de permettre à l'individu en changement de déployer toutes ses virtualités et d'exploiter ses potentialités personnelles afin d'élaborer un

projet de vie et de s'engager dans la vie adulte, avec ses responsabilités, contraintes et devoirs. En se découvrant soi participant à sa propre réalisation, le sujet adolescent se construit comme un être à part entière évoluant dans un groupe social donné et une communauté humaine. En établissant de nouveaux rapports avec les autres et en se rapprochant de ses pairs, l'adolescent établit également une distance avec ses parents.

1) ses relations avec sa famille

Pendant longtemps, prolongeant la conception de l'adolescence comme période de perturbations et tumultes, on a considéré que l'adolescence était systématiquement caractérisée par une accentuation des conflits avec les parents, ces problèmes étaient supposés provoqués par la confrontation entre les besoins sexuels accrus du fait de la puberté et les contraintes de la vie familiale. Ils étaient aussi supposés résulter des inévitables conflits de valeurs entre générations.

S'agissant des conflits pouvant être suscités par la maturation pubertaire, plusieurs processus ont été envisagés. Le premier est celui d'un effet direct des taux d'hormones sexuelles sur les structures cérébrales intervenant dans la régulation des émotions, notamment dans les interactions avec les parents. Les résultats les plus convergents ont mis en rapport les modifications de l'apparence physique de l'adolescent et l'ajustement réciproque parent-adolescent. On s'est ainsi aperçu que les conflits mère-fils sont en moyenne plus fréquents lorsque la vitesse de croissance du garçon est au maximum, les conflits diminuant par la suite du fait que la mère tend à s'incliner plus souvent lors de leurs différends. Dans les interactions père-fils, le garçon cherche de plus en plus à s'imposer, mais le père résiste et l'adolescent finit par s'incliner. Concernant les interdictions mère-fille, au moment de l'apparition des premières règles et peu après, on a observé que les conflits deviennent plus intenses. Plus précisément, les partenaires se coupent la parole plus souvent, les mères tendent à renforcer le contrôle qu'elles exercent sur leurs filles, et la résistance de ces dernières évolue d'un mode plus passif. Entre père et fille, on a notamment observé que les interactions sont plus fréquentes une fois que les filles sont réglées, le père essaie alors davantage d'interrompre sa fille, qui lui cède de plus en plus fréquemment.

Comme le résume Arnett (1999), les conflits avec les parents sont en moyenne un peu plus fréquents au cours de la prime adolescence, le plus souvent pendant deux ans. Ensuite ils déclinent, mais gagnent par contre momentanément en intensité, celle-ci finissant elle aussi par diminuer au cours de la grande adolescence. Les conflits portent en général sur des motifs

qui ne ressemblent pas à des conflits de génération. Il ne s'agit pas de valeurs fondamentales mais de tenues vestimentaires, d'heures de sorties et de retour à la maison, des garçons et filles avec qui sort l'adolescent et du contexte de ces sorties.

Donc, les conflits évoluent au cours de l'adolescence. Ils témoignent des moyens croissants de l'adolescent d'argumenter son point de vue, de se décentrer pour comprendre celui de ses parents et de s'en représenter les motivations. L'intensité croissante des conflits peut aussi être attribuée à fait que l'adolescent se rend compte qu'il se rapproche du statut adulte. Il réalise progressivement qu'il peut discuter avec ses parents sur un pied d'égalité, c'est-à-dire, jusqu'à un certain point, comme il est accoutumé de le faire entre pairs. C'est le progrès décrit par Piaget (1932) du passage de l'hétéronomie à l'autonomie du jugement normal, qui se manifeste dans cette évolution. Pour autant que l'adolescent et ses parents accordent réciproquement de l'importance à leurs points de vue, les conflits constituent une source de progrès pour l'intelligence sociale, mais aussi pour les relations elles-mêmes, enrichies et approfondies.

2) Ses relations avec ses pairs

L'adolescent va devoir redéfinir sa relation à l'entourage et notamment vis-à-vis de ses parents et de ses pairs. En effet, la famille qui était le centre de la vie émotionnelle de l'enfant se voit reléguée au second plan par l'adolescent. Maintenant, l'attraction privilégiée de ses sentiments et de ses émois, ce sont ses pairs, ses amis, ses relations de son âge mais aussi d'autres adultes. (Braconnier A, 2007, p.32)

L'engagement croissant auprès des pairs est une source importante de soutien affectif pendant la période de transition complexe que représente l'adolescence. Le groupe de pairs est aussi une source d'affection, de compréhension et de conseil, un espace permettant de faire des expériences et un milieu où le jeune devient autonome et indépendant des parents. C'est le lieu pour établir des relations intimes. Les pairs exercent ainsi une forte influence sur le comportement de l'adolescent.

L'intensité et l'importance des amitiés, de même que la quantité de temps passé avec les amis, sont probablement plus élevées à l'adolescence que pendant tout le reste de la vie. Les amitiés ont en effet plus tendance à être plus réciproques, plus égales et plus stables. Celles qui sont moins satisfaisantes perdent de l'importance ou sont abandonnées. Une plus grande intimité, la loyauté et le partage marquent la transition vers des amitiés plus

semblables à celles des adultes. Les adolescents plus âgés commencent à compter davantage sur leurs amis que sur les parents pour avoir de l'intimité et de soutien et ils s'changent davantage de confidences que les adolescents plus jeunes.

2-3- Les conduites à risque chez l'adolescent :

L'adolescence est une phase critique obligatoire au cours de laquelle l'équilibre affectif acquis précédemment est profondément bouleversé. C'est une période de conflits, de contradictions, parfois de désarroi. Tout comme durant certaines périodes l'adolescent ne reconnaît pas son corps, il ne reconnaît pas son moi. Et on a pu dire que la découverte de « je » était une partie fondamentale du travail d'adolescence (A. Haim). Cette découverte ne se fait pas sans un minimum de prise de risque.

L'adolescent a besoin de se définir, de se sentir différent, de se constituer différent des autres. Il doit affirmer son originalité, sa singularité, son autonomie. Il a besoin pour ce faire de se démarquer des habitudes relationnelles et des systèmes de valeurs qui l'ont façonné et guidé jusqu'alors. De plus, il doit fournir cet effort au moment où son identité est remise en cause. (Osson D, 1999, p.26)

Les prises de risques ce sont des comportements qui se caractérisent par la mise en danger (de soi, de sa santé et de sa vie) au cours de l'adolescence. Elles sont fréquentes chez certains adolescents qui vont rechercher le sens de leur vie à travers de nouvelles sensations plutôt que de trouver des activités symboliques ou créatrices

Les comportements d'essai ou d'expérimentation de substances psycho-actives font partie des prises de risque. Elles surviennent souvent dans des temps de loisir à caractère festif ou amical, quand se produisent des relâchements du contrôle social des conduites et que de nouveaux rites individuels apparaissent. (www.craes-crips.org, 02/01/13)

Conclusion

Donc, l'adolescence est une période de transition développementale qui comporte des changements physiques, cognitifs, affectifs et sociaux et qui se manifeste sous différentes formes.

La puberté se manifeste d'abord par une poussée de croissance. L'adolescent assiste aussi à des modifications de sa pensée. Il est maintenant capable de raisonner abstraitement et

de formuler des hypothèses. Ainsi, les relations que le sujet entretient avec sa famille, ses pairs et les institutions sociales peuvent être bousculées. Il doit également intégrer de nouvelles configurations comme s'autonomiser par rapport à sa famille, se forger une identité sociale propre, s'intégrer à des groupes de pairs, ainsi que sa vie affective et se projeter vers un avenir professionnel.

CHAPITRE 3 :

La Toxicomanie

Préambule :

L'adolescence est une période particulière d'exploration et d'expérimentation de soi et du monde extérieur et aussi une période de recherche de sa propre identité dont la prise de risque est l'un des aspects caractéristiques de cette catégorie d'âge. Certains de ces risques touchent la santé ; et le recours à la consommation de drogues tend à devenir l'un des plus fréquents.

Ce troisième chapitre sera consacré à la présentation de la toxicomanie dans la première section. Et on abordera le cannabis dans la deuxième section, les conséquences clinique à son usage et sa consommation au pris des adolescents.

3-1- La toxicomanie :**3-1-1- Définition de toxicomanie :**

Antoine Porot donne cette définition de la toxicomanie : « une appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujet pour des substances ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet analgésique, euphorique ou dynamique, appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation des doses ». (Porot. A, 1984, p.39)

La toxicomanie été définit par le comité de l'ONU en 1957 de la façon suivante : « la toxicomanie est un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue. Ses caractéristiques sont notamment : un invincible désir ou un besoin (obligatoire) de continuer à consommer la drogue et de la procurer par tout les moyens ; une tendance à augmenter les doses ; une dépendance d'ordre psychique (psychologique) et généralement physique à l'égard des effets de la drogue ; des effets nuisible à l'individu et à la société ». L'OMS la définit quant à elle comme : « l'absorption volontaire, abusive, périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la société, d'une drogue naturelle ou synthétique ».

Ces définitions anciennes recouvrent des comportements variés. Comme le remarquait l'OFDT dans son rapport annuel en 1996 : « entre l'usage de drogue et la toxicomanie, il existe toute une série de conduites ou de modalités d'usage : usage occasionnel ou régulier, abus ponctuels ou répétitifs, dépendance... ces nuances sont souvent réduites a seul mot de toxicomane ou toxicomanie, augmentant la confusion sur la perception que l'on a du

phénomène, notamment dans son évaluation quantitatives ». C'est pourquoi, les estimations de l'extension des toxicomanies varient considérablement en fonction de la définition adoptée. (Pol. D, 2002, p.228)

3-1-2-Caractéristiques du toxicomane :

Le toxicomane est un individu qui prend de façon régulière et excessive une ou plusieurs substances toxiques susceptible d'engendrer un état de dépendance physique et psychologique. On l'appelle aussi un drogué. Les principaux buts poursuivis par le toxicomane sont la recherche du plaisir ou l'évitement de la souffrance.

Etant donné que plusieurs toxicomanes ont recours à plusieurs drogues, le terme poly-toxicomane est parfois utilisé pour décrire des utilisateurs de plusieurs psychotropes. (Leonard L, Ben Amer M, 2002, p.9)

En Algérie, les toxicomanes ont le plus souvent des jeunes adultes, célibataires et au chômage. Le phénomène est de consommation de groupe en plus il est en extension. Les produits utilisés sont : le cannabis, l'alcool, les psychotropes (benzodiazépine), les solvants et rarement les drogues dures. La moyenne d'âge de la première consommation se situe entre 17-18ans. Et la poly-toxicomanie est le mode le plus utilisé (psychotropes, alcool, cannabis). (Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 2008, p.27)

3-1-3- Les modèles théoriques de la toxicomanie

Au niveau comportemental, ce sont les mécanismes du conditionnement opérant qui maintiennent le trouble : les propriétés renforçantes du toxique étant un des facteurs de répétition du comportement. Les autres facteurs de déclenchement et de maintien des comportements acquis sont étudiés lors de l'analyse fonctionnelle en début de thérapie.

Au niveau cognitif, plusieurs modèles proposent des explications sur le maintien du comportement addictif au travers de l'analyse des pensées et des croyances liées à la consommation. Deux modèles, les plus cités, sont présentés ci-dessous :

1. Beck et al ; ont proposé un modèle cognitif de la dépendance : certaines personnes présenteraient tout d'abord une prédisposition à la toxicomanie. Ces sujets se caractérisent par une faible tolérance à la frustration, par de l'impulsivité, de l'anxiété, de la tristesse et un manque d'affirmation de soi. Cette perception négative de soi-même se traduit, sur le plan

cognitif, par une pensée principale d'auto-dépréciation ; le produit toxique sert alors de remède, d'auto-médiation, et de dépendance peut s'installer sur ce mode.

Trois types de croyances spécifiques, activées par les stress, se succèdent :

- a. Les croyances anticipatoires liées aux attentes positives de la consommation du produit.
- b. Les croyances liées au soulagement de la consommation.
- c. Les croyances permissives donnant l'autorisation de consommer.

Dans un contexte de mal-être et très fréquemment de compulsion à consommer (le craving), l'anticipation du plaisir et du soulagement que la substance aille apporter déclenche l'activation de la pensée permissive. Des stratégies d'action sont alors mises en œuvre pour trouver des toxiques.

Des distorsions cognitives, participant au maintien du trouble, ont été relevées concernant le sevrage : les patients pensent que le sevrage provoque des effets secondaires intolérables ou qu'ils sont incapables de contrôler leur besoin.

- 2. **la rechute** : proposé par **Marlatt et Gordon** ; ce modèle global est fondé sur la notion de la perte du sens de l'efficacité personnelle, notion fréquemment retrouvée dans la dépression.

Des auteurs décrivent quatre processus cognitifs :

- a. **L'efficacité personnelle**, qui renvoie à des cognitions concernant la capacité de l'individu de faire face avec compétence aux défis et aux situations à haut risque dans la vie. De hauts niveaux d'auto-efficacité seraient associés à l'abstinence, alors que les bas niveaux corréleraient avec la rechute.
- b. **Les attentes de résultats**, qui sont les anticipations des conséquences qu'une activité de consommation ou d'abstinence pourrait avoir.
- c. **Les attributions de causalité**, qui réfèrent aux croyances de l'individu que l'usage d'une substance est à attribuer à des facteurs externes ou internes. Les attributions de causalité externe seraient prédicteurs de rechutes.
- d. **Le processus de prise de décision**, qui serait le résultat d'un ensemble de cognitions et de décisions.

Ce modèle de prévention des rechutes souligne l'importance de ne pas culpabiliser les manquements à l'abstinence pour ne pas précipiter une rechute complète. L'intervention

thérapeutique consiste à identifier les situations à haut risque, à travailler le style de coping (stratégies d'adaptation au stress) dans ces situations, à augmenter l'efficacité personnelle, à restructurer la perception sur les processus de rechute et à employer des techniques de contrôle des stimuli.

3-1-4 Les modes de consommation de drogues

1) Consommation occasionnelle de drogue

Dans l'abus occasionnel de drogues, on ne retrouve pas de dépendance : la prise est occasionnelle, irrégulière voire unique. L'abus occasionnel exprime des difficultés psychologiques d'adaptation et de relation en rapport, le plus souvent avec l'adolescence de 16 à 25ans.

La consommation de drogues se fait souvent dans une « bande », où le leader est lui-même toxicomane. Les produits consommés sont : le cannabis, la cocaïne, les médicaments, associés à l'alcool. L'environnement social et familial est relativement stable, le sujet ne présente pas de structure psychopathologique.

Le pronostic de la consommation occasionnelle est spontanément bon, avec disparition de la consommation de drogues lors de l'insertion affective, sociale et professionnelle, vers 25-30 ans. Toutefois, une toxicomanie typique apparaît dans 5 à 10%.

2) Abus de drogue

L'abus de drogue est défini par l'apparition d'une dépendance psychologique de plus en plus importante. La consommation est de plus en plus importante, la tolérance augmente, le besoin se fait de plus en plus fréquent.

Cette consommation est totalement intégrée dans la personnalité du sujet : le fonctionnement social, les performances intellectuelles et la vie affective sont préservés. Il n'existe pas encore de syndrome de sevrage.

L'abus de drogue est le mode de consommation de drogues le plus fréquent. L'évolution se fait plus fréquemment vers une toxicomanie avérée. (Lévy-Soussan P, 2000, p.243).

3) Dépendance toxicomaniaque

La dépendance toxicomaniaque représente le niveau de dépendance le plus élevé.

Elle s'exprime à plusieurs niveaux :

- a. Physique :** présence d'un syndrome de sevrage.
- b. Psychologique :** investissement unique de l'objet toxicomaniaque comme unique source de plaisir, d'énergie, de compensation.
- c. Sociale :** organisation de la vie affective, sociale, en fonction de la drogue.

Cet état de dépendance entraîne un appauvrissement progressif de l'existence du sujet, au profit de la recherche constante de toxiques. Les complications médicales, psychiatriques et sociales sont fréquentes. %.(ibid, p.244)

3-2- Le cannabis

Le cannabis est utilisé depuis des millénaires pour ses propriétés psychotropes, c'est-à-dire sa capacité à induire des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience et d'autres fonctions psychologiques et comportementales cette sections va se comporter sur la présentation du cannabis, sa définition, les conséquences à son usage et sa consommation de la part des adolescents.

3-2-1- Présentation du cannabis

Les premières utilisations décrites de la plante sont d'origine chinoise, il y a plus de 5000ans. Son utilisation s'est répandue en Inde, au Moyen Orient puis en Afrique. L'Egypte connut une importante consommation correspondant à une longue période de déclin. Le monde occidental pris contact avec le cannabis vers 1840. Dans les années 60 il y a eu la relance de sa consommation, qui s'est graduellement généralisée à toute la planète depuis 1970, de fait notamment de l'application par certains pays de régimes de tolérance. (www.pharmanatur.com, 25/03/13)

Le cannabis est une drogue dérivée du chanvre indien, telle que le haschisch ou la marijuana, consommée pour ses propriétés psychotropes et dont l'usage prolongé peut provoquer une dépendance, voire des troubles psychiques. (www.larousse.fr, 25/03/13)

Le cannabis est une plante dicotylédone, herbacée, pouvant atteindre 2 à 4 mètres lorsque les conditions sont favorables. Après fécondation, les fleurs livrent chacune un akène

ovoïde, lisse, brun à gris luisant. Ces graines constituent le chènevis. Le chanvre est généralement dioïque : il existe des pieds mâles et des pieds femelles distincts. Les premiers se distinguent des seconds par leur taille plus petite et leur aspect plus grêle. Il existe toutefois des variétés sélectionnées monoïques qui portent les fleurs mâles et femelles sur un même pied, comme la plupart des végétaux.

Ses feuilles et sommités fleuries ; est simplement séchées et pulvérisées, elles se présentent sous la forme d'un produit contenant des grains ou non, titrant environ 2 à 4% de THC en proportion de matière sèche, parfois plus s'il s'agit de variétés spécialement sélectionnées par les productions clandestins. L'herbe est généralement mélangée à du tabac et roulée sous forme de cigarettes artisanales.

Sa résine; produite par la plante de cannabis, elle constitue quant à elle la base de la préparation du haschich, qui titre de 2 à 20% en THC. Le haschich entre dans la composition de préparations généralement destinées à être fumées. Il est le plus souvent émietté sur du tabac après avoir été chauffé à la flamme d'un briquet pour le rendre friable, et roulé sous forme de joint ou de cône.

Pour l'huile de cannabis ; c'est une préparation liquide obtenue à partir de cannabis, particulièrement concentrée en cannabinoïdes. Il s'agit d'un liquide visqueux, verdâtre à noir selon l'origine, d'odeur vireuse caractéristique, titrant jusqu'à 60% en THC. On l'utilise dans les pays occidentaux mélangé à du tabac, par inhalation, dans des joints. C'est une forme d'usage relativement rare. (Vaubourdolle M, 2007, p.272-273)

3-2-2- Définition du cannabis

Il a été scientifiquement décrit, en 1845, par le psychiatre J. Moreau de Tours après des observations faites sur lui-même et sur des adeptes de cette drogue. Dans son ouvrage « Du haschich et de l'aliénation mentale ». Moreau décrit les effets du cannabis : euphorie, dissociation des idées, impulsions irrésistibles, illusions et hallucinations. Depuis lors, de nombreuses publications ont confirmé ces observations cliniques princeps.

D'abord, le cannabis, comme pour toute substance pharmaco-logiquement active, la toxicité du cannabis dépend de l'importance, de la fréquence et de la régularité de sa consommation. Elle dépend évidemment de la dose des principes actifs qui pénètrent dans l'organisme. Ici, il s'agit du THC, qui va se fixer sur un site récepteur du cerveau. La quantité de THC fixée dépend de sa concentration dans la préparation de cannabis utilisée.

Et la spécificité du cannabis tient à sa pharmacocinétique, précisément à sa longue durée de séjour dans l'organisme (environ 8 jours après une prise). Le THC va donc s'accumuler en cas de prises répétées, ce qui explique sa présence dans l'organisme pendant très longtemps. (Roger N, 2006, p.5.6).

Le cannabis est classé parmi les psychotropes à propriétés psychédéliques ou hallucinogènes, susceptibles d'entraîner des troubles

3- 2-3 Conséquences cliniques de l'usage du cannabis

1) Manifestations psychiques

Il existe un consensus quant à l'existence éventuelle de troubles aigus d'allure psychotique après usage de fortes doses de drogue ou chez des sujets prédisposés. De même, des manifestations plus durables peuvent s'observer lors d'une consommation prolongée, et l'usage de cannabis peut précipiter la décompensation d'une pathologie psychique préexistante. En revanche, une contraction oppose toujours deux écoles :

Pour l'une, l'usage de cannabis peut induire, à lui seul, une schizophrénie ;

Pour l'autre, les signes, transitoires, ne correspondent pas à la définition actuelle de la schizophrénie ; les schizophrénies décrites chez les usagers de cannabis préexistaient d'une façon plus ou moins fruste.

Les effets psychiques ne sont manifestes qu'à partir de la dose de 3mg chez un adulte. Lorsque celle-ci excède 10 à 20mg, des troubles d'allure psychotique peuvent survenir. Néanmoins, certains auteurs admettent un seuil beaucoup plus bas.

Pour les usages occasionnel ; les signes de l'intoxication aiguë au cannabis, souvent frustes, varient selon l'usager, le contexte et la quantité de produit consommée. On retrouve de façon théorique lors de l'« ivresse cannabique » : des troubles du cours de la pensée, avec désorientation temporelle, trouble mnésiques, troubles de la vigilance (l'usage de cannabis avant de prendre le volant présente un risque réel car il amoindrit la vigilance), perturbations de la libido.

On ne connaît guère dans le détail les conséquences de l'usage de cannabis sur une psychose constituée. Il semble acquis qu'il puisse assombrir, lorsqu'il est employé à haute dose et sur une longue période, le cours de la maladie en aggravant les symptômes

(hospitalisations plus fréquentes) et en modifiant l'équilibre thérapeutique (perturbations pharmacologiques de l'action des antipsychotiques, mais aussi diminution de l'observance du traitement, diminution de la compliance aux programmes de réhabilitation et de réinsertion). De même, il semble que certains des patients psychotiques utilisant du cannabis soient plus agressifs que la population d'usagers de référence. L'usage de cannabis paraît accentuer l'inhibition psychomotrice des sujets souffrant de dépression.

2) Manifestations somatiques

La toxicité aiguë du cannabis est faible : la notion de dose mortelle ou d'overdose n'existe pas. Il n'existe pas de manifestations somatiques susceptibles de mettre l'utilisateur en péril.

a- Appareil digestif ; les signes, spontanément résolutifs, apparaissent lorsque le cannabis est consommé par voie orale : crampes et douleurs gastriques, sensation de ballonnement, troubles du transit ; rares signes hépatiques.

b- Appareil respiratoire ; les effets, d'ordre allergique (asthme, broncho-constriction, irritation avec toux, etc.), découlent du fait même de fumer et des substances de coupe du haschich (les cannabinoïdes sont en eux même des bronchodilatateurs et tendent plutôt, sur le plan pharmacologique, à lever le spasme bronchique).

c- Appareil respiratoire ; associé au tabac pour être fumé, l'usage de cannabis sous cette forme induit des altérations fonctionnelles des voies respiratoires, affectant préférentiellement les bronches (enrouement persistant toux, bronchites à répétition). La combustion du haschich libère des goudrons plus toxiques que ceux du tabac. Tout comme le tabac, un usage prolongé de cannabis diminue la capacité oxyphorique du sang c'est-à-dire sa capacité à transporter l'oxygène vers les tissus.

d- Pouvoir cancérigène ; la fumée des cigarettes de cannabis contient de nombreuses substances toxiques. Cette fumée s'est révélée carcinogène à l'égard de cultures cellulaires. Les cannabinoïdes inhibent in vitro l'incorporation de précurseurs des macromolécules (ADN, ARN, protéines) dans les lymphocytes stimulés par des mitogènes, probablement en modifiant la structure membranaire de la cellule. La participation du cannabis, utilisé de façon importante, au développement précoce de cancers des voies respiratoires est aujourd'hui acquise. (Vaubourdolle M, 2007, p.274-278).

3-2-4 La consommation du cannabis à l'adolescence

Le cannabis est la substance psycho-active illégale la plus consommée par les adolescents dans le monde. Certes, il est important de souligner qu'une consommation de cannabis occasionnelle, peut ne pas avoir d'incidences majeures sur le développement des adolescents. Cependant, pour d'autres qui en consomment de manière régulière et recherchent à être sous l'effet de cette substance le plus souvent et le plus longtemps possible, le cannabis entrave leur développement et leur bien-être. Pour ces derniers, il s'agit le plus souvent d'une consommation de type dépendant.

Le sujet qui privilégie l'utilisation des stratégies d'évitement cherche un effet anxiolytique dans la consommation de cannabis. Dans ce contexte, il a de fortes probabilités d'avoir recours de manière systématique à ce comportement, tombant ainsi dans une consommation de type dépendant.

Du côté des approches psycho-dynamiques, elles associent l'origine de ce phénomène à une « pathologie du lien », c'est-à-dire l'impossibilité de construire des liens stables et de pouvoir s'en séparer de manière non pathologique. Pour que ces processus de séparation soient possibles, il faut que les mouvements d'autonomisation ou de mise à distance relationnelle des figures parentales ne soient pas vécus comme une perte. Selon Sztulman et Varga 1989, la consommation peut donc être interprétée comme la tentative de remplir un vide affectif qui aurait son origine dans l'incapacité de produire et d'affirmer un sentiment continu d'existence.

Les adolescents sont partagés entre le besoin affectif de proximité et celui de distance aux parents. La dépendance affective aux parents devient difficile à supporter et à gérer, et ceci entraîne de l'angoisse. Le cannabis représente un moyen de neutraliser les affects. Il se substitue au lien affectif dépendant et atténue les relations avec l'entourage en le tenant à distance, mais l'adolescent n'échappe pas pour autant à la dépendance des objets primaires. (Strell E et Chinet L, 2008, p.26-28).

L'effet anxiolytique du cannabis fournissant une issue au déplaisir est ainsi évoqué tant par l'approche cognitive que par l'approche psycho-dynamique. Braconnier et MARCELLI 1998 postulent que les adolescents développant une dépendance à une substance n'ont pas trouvé dans leur vie personnelle ou relationnelle, dans leurs activités quotidiennes ou dans leurs réflexions propres, les moyens de se détendre et de calmer leur angoisse. Les

effets chimiques du produit auquel ils ont recours vont leur apporter ce que d'autres obtiennent par des activités non pathologiques.

3-1-5 Principes et techniques thérapeutiques

1) Les techniques comportementales dans les addictions aux substances :

- a.** Le contre-conditionnement et l'inhibition réciproque : Il s'agit de l'apprentissage d'un nouveau comportement incompatible avec une réponse, dans le but de briser le conditionnement. La relaxation (nouveau comportement), est associée à la présentation progressive de stimulus anxiogène ; le comportement de décontraction, incompatible avec l'anxiété, inhibe puis remplace cette réponse anxieuse.
- b.** Le principe de l'exposition aux situations anxiogènes a pour objectifs de désensibiliser la personne de ses réponses physiologiques, émotionnelles et d'induire l'extinction du comportement. Différentes techniques d'exposition existent (de l'exposition systématique à l'immersion). Il s'agit d'affronter la situation anxiogène, en imagination et/ou en réalité, à des degrés de relaxation différents. Le but reste de s'exercer à la confrontation aux stimuli anxieux dans la réalité.

Pour la toxicomanie, l'analyse fonctionnelle dicte le type de désensibilisation à employer (si cette stratégie thérapeutique est choisie). On peut relaxer un patient tout en lui présentant en imagination et/ou en réalité des stimuli liés à son comportement addictif (de la drogue, un certain lieu) dans le but d'être moins impulsif, moins désireux face à ces stimulus.

- c.** Le renforcement : il peut suivre immédiatement l'émission de la réponse ou être différé. La thérapie par renforcement positif augmente la fréquence d'apparition d'un comportement, alors que la thérapie aversive (quand un stimulus déplaisant est présenté comme conséquence d'un comportement) en diminue l'intensité ou la fréquence. Les stimuli aversifs peuvent être administrés par autrui ou par le sujet lui-même.
- d.** Le feed-back : notion appartenant au conditionnement opérant, ce principe de base vise à donner ou à recevoir des informations sur la performance de la conduite à améliorer. Cette rétroaction sert de renforçateur positif ou négatif.
- e.** Entraînement aux compétences sociales ou affirmation de soi : le principe de cette méthode est l'expression des opinions, des sentiments et des besoins d'une façon affirmée, permettant des relations interpersonnelles plus satisfaisantes.

2) Les techniques cognitives

Méthode classique, la restructuration cognitive implique tout d'abord l'identification, l'évaluation, puis le remplacement des pensées automatiques. Le questionnement socratique permet le repérage des croyances et des distorsions cognitives. La validité de ces schémas de base est testée, puis le thérapeute et son patient mettent en place des pensées alternatives, pensées plus réalistes et mieux adaptées à la réalité. Les notions d'attente et attribution de causation représentent des exemples précis et concrets du travail cognitif. Après leurs évaluations, trois stratégies peuvent être utilisées dans les entretiens pour les modifier : la première concerne le changement du contenu de ces attentes par des techniques d'exposition et d'attribution de causalité ; la deuxième consiste en une réflexion sur la force et la valeur de ces attentes ; enfin, la dernière vise à trouver des alternatives de pensées à ces attentes, l'objectif à long terme étant le maintien du comportement d'abstinence en s'appuyant sur ces nouvelles réflexions.

Avant de présenter les résultats d'efficacité de TCC, il est important de rappeler que le moment de débiter un TCC dépend de l'itinéraire, de la clinique et du mode de vie du patient. Par exemple, pour les utilisateurs de crack très désocialisés, poly-toxicomanes, sans domicile ces thérapies représentent un espoir thérapeutique, mais elles ne peuvent s'envisager que lorsque le patient a retrouvé une certaine stabilité dans son mode de vie. Pour d'autres substances, en particulier les opiacés, les TCC sont un atout complémentaire des prises en charge pharmacologiques et psychothérapies sont d'autant plus intéressantes pour la dépendance aux substances qui ne bénéficient pas d'aide pharmacologique actuelle (telles que le cannabis, le crack, etc.). Des prises en charge de ce type peuvent aussi aider à traiter les comorbidités psychiatriques associées.

3) les entretiens motivationnels

C'est une prise en charge thérapeutique d'orientation psycho-cognitivo-comportementale, sont utiles pour réduire la fréquence de la consommation de cannabis chez l'adulte et chez l'adolescent. Les entretiens motivationnels sont généralement utilisés lorsqu'un patient présente un déficit de motivation et que le travail sur l'abstinence est totalement infructueux, précoce et inadéquat. Ces situations, souvent rencontrées avec les usagers de drogues et de cannabis particulièrement, nécessitent de mettre en place un travail spécifique sur la motivation afin d'emmener le patient ambivalent vers un processus de changement.

Les entretiens motivationnels reposent sur l'idée que tenter de persuader le patient ambivalent des méfaits de poursuite de sa consommation peut augmenter sa résistance et diminuer la probabilité de changement.

L'entretien motivationnel se déroule en 2 étapes :

- *La première* ; consiste à dresser un portrait de la situation et à amener le patient vers une décision de changement.
- *La deuxième*, a pour objectif de consolider cette décision et de développer des actions pour y parvenir.

4) Approche familiales multidimensionnelles

Elle repose sur le principe que la consommation de cannabis chez l'adolescent est un phénomène multidimensionnel. La thérapie va se centrer sur quatre composantes et leurs interactions : l'adolescent et ses caractéristiques personnelles, ses parents, les interactions familiales et les autres milieux comme l'école. L'action thérapeutique se réalise au niveau personnel, familial et extrafamilial.

Au niveau individuel, il s'agira pour l'adolescent d'acquérir un certain nombre de compétences lui permettant de repérer et d'éviter les facteurs de la consommation. Au niveau familial, l'objectif de la thérapie est d'aider les parents du jeune consommateur à développer des stratégies pour accompagner de manière adéquate leur enfant et à repérer et corriger les éventuels comportements dysfonctionnels. Au niveau extrafamilial ; il s'agira d'accompagner l'adolescent consommateur dans les démarches sociale et scolaire. (Setin V, Moreau J, Quertemont E, 2000, p.133).

Conclusion

La toxicomanie est l'usage des produits toxique licites ou illicites, pouvant entraîner un état de dépendance accompagné des conséquences néfastes sur la santé. La consommation de drogues et particulièrement le cannabis, chez l'adolescent, représente un problème complexe.

Dans ce cadre, un facteur commun est retrouvé chez les consommateurs de la drogue : le désir de se distraire, de se soustraire à son quotidien et c'est cela qui amène à la consommation de substances psycho-actives. Puisqu'elles offrent un raccourci rapide. (Bouafia Y, 2006, p.46).

CHAPITRE 4 :

Le Cadre

Méthodologique

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, on va présenter, le lieu de recherche, les techniques de recherche et le déroulement de la pratique au cours de notre recherche sur le thème qui s'intitule « l'estime de soi chez les adolescents toxicomanes consommateurs du cannabis ».

L'objectif principal de la présente étude visait à éclairer la problématique principale qui tentait de répondre à l'hypothèse suivante : Les adolescents toxicomanes, consommateurs du cannabis, ont une faible estime de soi.

4-1- Méthode de recherche :

Afin de parvenir à nos objectifs tracer pour notre recherche, on a opté pour la méthode clinique.

Elle est envisagée par D. Lagache, 1949 comme suit : « la conduite dans sa perspective propre relative aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prise avec cette situation cherche à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Chahraoui KH et Bénony H, 2003, p.11)

Dès lors, on déduira que cette méthode permet une compréhension approfondie des sujets, dans leurs propres langages en références à leurs histoires et les situations conflictuelles qu'ils confrontent. En effet, la méthode clinique se caractérise sans doute par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas qui est la méthode la plus utilisée en pratique clinique. (Reuchlin M, 2002, p.99)

4-2- population d'étude et ses caractéristiques

On a sollicité notre population d'étude de six cas pour cette étude qu'on a s'effectuée à partir des critères suivants : porter le diagnostic de présenter une dépendance au cannabis (ce diagnostic est identifié et mentionné dans son dossier dans le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes), et de le consommer au mois depuis 1an. Etre âgé entre 14 et 21ans (la limitation d'âge des sujets a été déterminée en tenant compte de notre variable de recherche sur l'adolescence).

Tableau N°1: Présentation du groupe de recherche

Cas	Age	Niveau scolaire	Début de la prise de cannabis	Durée de la consommation de cannabis
Yanis	18ans	4 AM	12ans	4ans
Nassim	20ans	3AS Scientifique	17ans	3ans
Mourad	18ans	3AS Mathématique	15ans	3ans
Kamel	19ans	2AS lettre arabe	16ans	3ans
Hafid	17ans	4AM	15ans	2ans
Saleh	16ans	2 AM	13ans	3ans

Et pour respecter la confidentialité des données recueillies, les prénoms des participants en étaient changer.

A partir de ce tableau, on constate que l'âge des participants est entre 16ans et 20ans. Notre échantillon est composé de 6 cas, ils sont tous du sexe masculin, la moyenne d'âge est de 18 ans. Et ont tous commencé à consommer le cannabis depuis au moins 2 ans. Et sont tous scolarisé ; soit au C.E.M ou bien au lycée.

4-3-Lieu de recherche

Nous avons effectué notre stage pratique d'une durée de deux mois, du 10 février ou 10 avril 2013, au sein du centre intermédiaire de soins aux toxicomanes, qui est dédié à la prise en charge des toxicomanes de la wilaya de Bejaia. Situé à la polyclinique Ihaddaden et rattaché à l'EPSP de Bejaia.

Son rôle est d'abord, préventif (sensibilisation et physiothérapie) puis curatif dans un deuxième lieu (psychothérapie, entretien motivationnel et réadaptation).

4-3-1- Structure de lieu de recherche

- a- **L'accueil** : le service est disposé de l'accueil à l'entrée principal avec agent d'accueil et agent de sécurité.
- b- **Laboratoire** : doté d'équipement nécessaire au bilan général ainsi qu'au stockage toxicologique.

- c- *Salle de réunion* : son but est l'étude de cas cliniques et communications entre les professionnels.
- d- *Salle du sport* : bien équipé son but est la physiothérapie.
- e- *Salle internet* : pour l'initiation informatique et réadaptation.
- f- *Service social* : pour conseils sociaux et juridique (dispose d'une juriste et une sociologue).
- g- *Service de communication* : dont le rôle est de préparer les activités de sensibilisation.
- h- *Salle de dessin et sculpture* : non encore équipé (pour la réadaptation).
- i- *Bureaux pour consultation psychologique* : pour le suivi psychologique.
- j- *Bureaux pour consultation psychiatrique* : vu la forte corrélation entre la pathologie psychiatrique et la toxicomanie le rôle des psychiatres est indispensable.

4-4- les techniques utilisées dans notre recherche

Afin de recueillir les informations à propos de notre thème de recherche et de vérifier nos hypothèses, on a choisi les techniques suivantes, qui semblent les plus pertinentes pour notre étude ; la méthode semi-directive dont on l'a menée sur la base d'un entretien constitué de différentes questions préalablement élaborés en fonction des hypothèses de notre recherche, on s'est aidé d'un guide d'entretien articulé autour de quatre axes, qui s'est suivi de l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

4-4-1- L'entretien semi-directif

On va d'abord, définir l'entretien. Cité par CHILLAND .C « une communication entre deux interlocuteurs, ou un moyen d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». (Chahraoui KH et Benony H, 2003, p.142).

Dans le cadre de notre recherche et vu la qualité des informations recherchées, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés. Ce dernier se définit comme ; une technique directe d'investigation scientifique utilisée au près d'un individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations (Angers M, 1997, p.144)

L'entretien semi-directif est prédéfini. Le clinicien sait où il veut amener son interlocuteur, quelles thématiques il veut voir aborder. Il a donc, déjà en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider cet entretien. Même si les questions du clinicien peuvent demeurer ouvertes, celui-ci oriente le discours de son interlocuteur vers les thèmes qu'il a prédéfinis, bien souvent par écrit. Chaque question, même assez large, a pour objectif d'abord ou de préciser certains aspects qui font l'intérêt du clinicien. C'est donc, cet intérêt qui détermine l'entretien, et non plus la seule libre parole de l'interlocuteur. (Mareau C, Stoki M et Dreyfus A, 2006, p.7)

Donc, dans l'entretien semi-directif ; le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré-structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc, le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet. (Lavaede A, 2008, p.194)

4-4-2- L'échelle de l'estime de soi (SEI) de Coopersmith

Chaque un des adolescents toxicomanes qui consomment le cannabis sera semis à l'inventaire du test de l'estime de soi de Coopersmith.

1) Présentation de l'inventaire (SEI)

L'outil utilisé pour mesurer l'estime de soi chez les adolescents toxicomanes qui consomment le cannabis, est l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith (S.E.I).

Ce questionnaire est en effet un outil reconnu, scientifiquement validé et qui possède des caractéristiques psychométriques de mesure de l'estime de soi.

Nous avons opté pour cet inventaire est motivé par sa particularité à considérer l'estime de soi comme une variable multidimensionnelle. Et pour cela, elle propose quatre échelles qui mesurent, différents types d'estime de soi, dont on va les présenter.

Selon Coopersmith, l'inventaire a été créé afin de mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même aux niveaux social, familial, personnel et scolaire. D'après l'auteur, le terme « Estime de soi » renvoie au jugement que la personne porte sur elle-même, quelles que soient les circonstances. C'est la représentation du sentiment que ressent l'adolescent envers ses capacités de réussite, sa valeur sociale et personnelle et qui se traduit par les attitudes et comportements adoptés face aux événements de la vie quotidienne.

L'inventaire (S.E.I) - *self-Esteem Inventory* - construit en 1981 par S. Coopersmith. La version française de l'instrument, traduit et adaptée en 1984 par éditions du centre de psychologie appliquée. Il donne une idée du domaine dans lequel les jeunes ont une image positive d'eux-mêmes. Se sont les domaines : « général » avec 26items, « social » avec 8items, « familial » avec 8items, et « scolaire » ou « professionnel ». (Carpentier C et Riad E, 2004, p.58), et une échelle de mensonge, indiquant l'attitude défensive à l'égard de l'échelle ou un désir de manifester de donner une bonne image de soi.

La forme française de l'inventaire de l'estime de soi comporte 58items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel face auxquels la personne doit se prononcer en cochant « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas » (Gélinas S, 2001, 41)

Les notes aux différentes sous-échelles : général, social, familial, et scolaire, ainsi que la note total, permettent d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive ou négative d'eux-mêmes. La passation du test dure 15mn.

Les sous-échelles abordent les domaines suivants :

a- Le domaine familial :

Correspond à l'ensemble des expériences vécues par un jeune avec les membres de sa famille. Ces expériences apparaissent être fermement en rapport avec l'estime de soi des adolescents. On retrouve la relation vécue avec les parents, la composition familiale, l'attention paternelle, le style éducatif ainsi que certaines conditions familiales.

Rosenberg (1965), indique que l'attention paternelle est reliée de façon significative à l'estime de soi. Plus précisément, les adolescents ayant une relation chaleureuse et proche de leur père ont une estime de soi plus élevée comparativement à ceux ayant une relation distante et impersonnelle.

Coopersmith (1967) fait état de certaines conditions familiales à la formation de l'estime de soi positive. Selon lui, l'acceptation inconditionnelle de l'enfant par ses parents, des limites éducatives clairement définies et renforcées, le respect pour l'action individuelle de l'enfant à l'intérieur de ces limites et une attitude laissée à cette action permettent d'établir un milieu familial démocratique.

Donc, une relation manquante ou déficiente avec les parents, particulièrement le père, la composition familiale ainsi que certaines conditions familiales sont autant de facteurs qui semblent influencer l'estime de soi au sein du domaine familial. (Dumoulin E, 1997, p.67)

b- Le domaine social

Il correspond à l'ensemble des expériences vécues par les adolescents avec des personnes de leurs entourages.

Rogers (1951), explique que l'image de soi se développe à la suite d'interaction avec l'environnement. Un milieu favorisant peu la libre expression, la confiance en soi et le sentiment de valeur amène un individu à douter de lui-même. Il lui est alors difficile de s'accepter tel qu'il est.

D'après Cartwright (1950), le groupe auquel une personne appartient sert de déterminant primaire pour son estime de soi.

c- Le domaine général

Il réfère aux éléments concernant elle-même. Ils concernent la capacité qu'à un individu de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, de s'adapter à quelque chose de nouveau, de se faire confiance, de s'aimer, de s'exprimer, de se débrouiller et d'être fier de soi. C'est le jugement plus ou moins positif qu'un individu a de son comportement en général.

Coopersmith (1967), mentionne qu'une personne qui possède une estime de soi élevée s'aime, se respecte et se considère estimable. Elle réagit aux événements qui se présentent à elle en espérant réussir.

d- Le domaine scolaire

Il fait référence à l'ensemble des expériences vécues par l'élève au sein d'une classe, qu'elles soient fonction des résultats scolaires, de la relation avec les enseignants, du niveau d'implication et du sentiment de confort ressenti.

L'estime de soi et le rendement scolaire que les sentiments qu'ont les élèves envers eux. (Ibid. p.69)

2) les étapes d'analyse des résultats de l'échelle (SEI)

Tableau N°2 : Les items du test de l'estime de soi sont de forme positifs ou de forme négatifs qui sont de suit :

Items positifs	1-4-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

Source : inventaire d'estime de soi de Coopersmith. S

Tableau N°3 : Les items sont aussi répartis selon les composantes de l'estime de soi et aussi une échelle de mensonge.

ECHELLE GENERAL	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
ECHELLE SOCIAL	5-8-14-21-28-40-49-52
ECHELLE FAMILIAL	6-9-11-16-20-22-29-44
ECHELLE ESOLAIRE	2-17-23-33-37-42-64-54
ECHELLE DE MENSONGE	26-32-36-41-45-50-53-58

Source : inventaire d'estime de soi de Coopersmith. S

L'analyse des résultats obtenus lors de la passation de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith se fait en deux étapes : la cotation et la classification.

a- La cotation

La cotation de l'inventaire d'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi Coopersmith, et comptant 1 point par croix apparaissant à travers les repères. Les 5 notes obtenues : générale, familiale, sociale, scolaire et de mensonge. Ils seront inscrits sur la feuille de réponse. La note totale d'estime de soi s'obtienne en sommant les notes aux 4 échelles celle de mensonge n'est pas dans la totale. La note maximum est de 50 points pour toutes les échelles (générale, familial, sociale et scolaire.

Tableau N°4: la grille de correction

Composantes	Items		Réponses	Notes
ESTIME DE SOI GENERALE	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24- 25-30-31-34-35-48-51-55- 56-57.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
ESTIME DE SOI SOCIALE	Positif	5-8-14-28.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
ESTIME DE SOI FAMILIALE	Positif	9-20-29.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
ESTIME DE SOI SCOLAIRE	Positif	33-37-42.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
ECHELLE DE MENSONGE	Positif	26-32-41-50-53-58.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	35-45.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Source : inventaire d'estime de soi de Coopersmith. S

b- le classement et l'interprétation des résultats

Tableau N°5 : classement et interprétation

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	18	Très bien
2	19 à 30	Bas
3	31 à 38	Moyen
4	39 à 45	Elevé
5	46 à 50	Très élevé

Source : inventaire d'estime de soi de Coopersmith. S

Tableau N°6 : selon la norme

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyennes	18,46	5,67	4,92	4,12	33,35	2,38

Source : inventaire d'estime de soi de Coopersmith. S

4-5- Le déroulement de la pratique

Notre recherche sur le terrain s'est effectuée sur une durée de 2 mois, du 10 février jusqu'au 10 avril 2013. Dans un premier temps, nous avons sélectionné notre échantillon de recherche dans le centre intermédiaire de soin aux toxicomanes. Ensuite, on a passé un entretien avec les adolescents dans la première séance. Puis, une deuxième séance qui est consacrée à la passation de l'échelle de Coopersmith de l'estime de soi.

4-5-1- Les étapes suivies dans notre recherche

Pour recueillir les informations nécessaires à notre travail, on a suivi les étapes suivantes :

1) Première partie : la sélection de l'échantillon

La quête exploratoire à la recherche de notre échantillon nous a permis de préciser et de sélectionner notre échantillon d'étude qui répond aux exigences et caractéristiques recherchées pour notre thème de recherche. On a sélectionné notre échantillon au sein du centre intermédiaire de soin aux toxicomanes de la wilaya de Bejaia.

La première entrevue avec le sujet s'effectuait en compagnie de l'un des psychologues du centre. En suite, on a passé l'entretien seule avec le sujet.

2) Deuxième partie : l'entretien avec le sujet

Cette étude ayant pour objectif d'analyser le regard que les adolescents toxicomanes, qui consomment le cannabis, portent sur eux-mêmes et la valeur qu'ils s'accordent.

Il est intéressant, de faire d'abord, un entretien avec eux et leurs donner la parole afin d'enrichir l'interprétation qui découleront des résultats.

La passation de l'entretien a été réalisée avec le sujet dans le bureau de la psychologue qui nous la gentiment prêté.

Après avoir obtenu, de la part des sujets, leurs acceptations de participer à la recherche, nous nous sommes présenté, et on leurs a donné la possibilité de s'exprimer avec la langue de leurs choix.

Puisque, la plupart des adolescents qui viennent au centre pour consulter, leurs parents ne savaient pas, on a seulement demandé le à eux.

La durée de l'entretien est de 30 à 45mn.

Au cours de l'entretien, les sujets se sont exprimés avec une certaine spontanéité et un rapport facile, ce qui a facilité notre travail de recherche. Le consentement : « nous vous demandons de participer à une recherche universitaire. L'anonymat et la confidentialité seront respectés. Et les résultats seront uniquement utilisés pour des fins de recherche seulement ».

3) Troisième partie : la passation du test (SEI)

On a mesuré l'estime de soi au moyen d'une liste comprenant cinquante-huit items, qui est l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith (S.E.I), qui semble le mieux convenir aux adolescents.

Chacun des adolescents toxicomanes qui consomment le cannabis sont soumis à cet inventaire et se verra attribuer six scores : un score d'estime de soi globale dont la valeur maximale est 26 points, un score de l'estime de soi sociale dont la valeur maximale est de 8points, un score d'estime de soi familiale dont le maximum est de 8points, et un score d'estime de soi scolaire dont le maximum est 8points, un score total maximum 50 points et

enfin le score de l'échelle de mensonge dont le maximum points est 8points. Et les résultats ont servi à constituer s'eux ayant une estime de soi élevée, moyenne ou faible.

On a constaté au cours de la passation de l'échelle, que les adolescents ont accepté assez facilement de passer l'échelle et qu'ils étaient attentifs à la consigne.

4-5-2- Les difficultés rencontrées l'hors de notre recherche

Notre recherche s'est effectuée au niveau du centre intermédiaire de soin aux toxicomanes de Bejaia. Et durant sa réalisation, nous avons rencontré quelques difficultés qui se résumant dans les points suivants :

- difficultés de garder l'échantillon choisi au niveau de cet organisme car généralement, les sujets ne reviennent pas après avoir passé chez le psychiatre du centre pour avoir leurs médicaments.

- L'échantillon est composé uniquement de jeunes hommes. On a rencontré aucunes jeunes filles qui viennent consulter ou demander d'aide au niveau du centre pour une dépendance aux psycho-actives.

- Notre échantillon ne respect pas leur rendez-vous, ils viennent quand ils veulent.

CONCLUSION

Afin d'effectuer notre recherche sur le thème qui s'intitule l'estime de soi chez les adolescents toxicomanes, consommateurs de cannabis, nous avons effectué un stage pratique au sein du centre de l'EPSP de Bejaia. Nous avons utilisés les outils suivants: L'entretien semi-directif et l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith qui est un questionnaire ; il peut mesurer les composantes de l'estime de soi dans toutes ses aspects; générale, sociale, familiale, et scolaire ce qui le rend multidimensionnelle.

CHAPITRE 5 :

ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Préambule

Afin d'évaluer l'estime de soi des adolescents toxicomanes, qui consomment le cannabis, on a effectué un stage pratique dans le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes de la Wilaya de Bejaia. En utilisant deux outils de recherche : l'entretien semi directif et l'échelle de mesure de l'estime de soi de Coopersmith (SEI).

On va commencer par présenter et l'analysé les cas. Puis, on procédera à la discussion des résultats obtenus dans cette recherche.

5-1- Présentation et analyse des cas

5-1-1- Présentation et analyse du cas de Yanis

1) Présentation du cas de Yanis

Yanis est un adolescent de 18 ans, Il est scolarisé en 4^{ème} année moyenne (C.E.M). Son père est décédé quand il avait 4 ans et sa mère est femme au foyer. C'est le benjamin d'une fratrie de deux sœurs et un frère. Son frère et sa sœur sont mariés alors il vit avec sa mère et sa seconde sœurs qui a un handicap mental.

2) Analyse du cas de Yanis

Yanis se sent bien au sein de sa famille mais leurs rapports ont changé après qu'il a commencé à consommer du cannabis, il s'isole plus et passe rarement du temps avec eux, il rentre de plus en plus tard à la maison il nous a avoué : « La maison est devenu comme un hôtel je rentre juste pour manger et dormir ». Il est en bon terme avec tous, excepter son frère il rajoute : « Il n'arrête pas de me chercher, il me dit tout le temps fait pas ça, ne fume pas, ne sort pas il m'énerve quand il fait ça » et sa crée souvent des conflits.

Il n'a pas d'activités sociales particulières il dit : « Je passe la plupart de mon temps à trainer avec mes copains, nous restons dans le quartier, sinon nous nous baladons, j'aurais aimé faire du football mais j'ai l'impression que je suis incapable ».

Le cas se sent incapable d'entreprendre une activité et d'aller jusqu'au bout. Il s'entend bien avec ses professeurs et camarades, et il veut réussir dans ses études il nos a dit : « Je veux réussir mais je me sens nul, je révise mais quand j'arrive en classe je deviens comme une page blanche, j'oublie tout ». Il ne donne pas beaucoup d'importance au regard

des autres d’après lui : « Je suis comme tout le monde et tous ont deux bras et deux jambes », il se sent à l’aise avec les autres.

Son rapport avec lui-même est plutôt bien, « je suis en bonne condition physique, je m’occupe de moi, et je crois que je plais facilement, mon seul défaut est que je fume et je culpabilise énormément sur ce point, mais sous l’effet du kif je ne pense pas comme ça, mais je sais que ce chemin ne m’amènera nul part » il se culpabilise beaucoup sur le sujet de sa consommation, il regrette d’avoir commencé, mais il accepte plutôt bien les changements qui là subis durant la puberté « je ne pense pas que c’est les transformations de l’adolescence qui n’ont conduit à en consommer du kif ».

Yanis a commencé à consommer le cannabis avec ses amis d’après lui : « c’est la mauvaise fréquentation qui ma conduit à consommer » depuis, le cannabis occupe une grande place dans sa vie il nous a avoué : « Mon rêve est quand je me lève le matin je trouve 1kg de kif devant moi ». Il fume le jour comme de nuit, à n’importe quel moment, qu’il soit heureux ou triste. Il se sent euphorique au moment de la prise du cannabis il a avoué : « Quand quelqu’un me dit quelque chose, je rigole même s’il me dit un mot simple comme une chaise ça me fait rire ». Mais après l’effet, il rajoute : « mes idées sont brouillées, je sens l’envie de prendre un autre joint ».

Ça fait une semaine qu’il a commencé à consulter au sein du centre intermédiaire de soins aux toxicomanes, c’est un amis aussi ex-toxicomane qui l’a conseillé de venir à la consultation, et sa mère ne sait toujours pas qu’il se drogue encore moins qu’il se fait aider.

Yanis était calme au cours de l’entretien, il s’est montré très motivé car ne se vois pas continuer sur cette voie, il était souriant et avait un contact facile. Il n’a pratiquement jamais parlé de son père et quand il évoque sa relation avec le cannabis il exprime une grande tristesse et regret.

3) Présentations des résultats obtenues dans le l’échelle de l’estime de soi de Coopersmith du cas de Yanis:

Tableau N°1 : résultats du test de l’estime de soi (SEI) de Yanis

Echelles	<i>Estime de soi générale</i>	<i>Estime de soi sociale</i>	<i>Estime de soi familiale</i>	<i>Estime de soi scolaire</i>	<i>Echelle de mensonge</i>	Le total
résultats	8	7	4	4	4	22

4) Analyse des résultats obtenus dans le test de l'estime de soi de Coopersmith:

D'après ce tableau, on constate que son estime de soi est basse qui est de 22 points alors que la moyenne est de 33,35.

Les résultats obtenus dans les sous-échelles sont : celles qui sont en dessous de la moyenne ; avec 8 dans le domaine générale (alors que la moyenne est de 18.46), le domaine familiale avec un 4 (la moyenne est de 4.92) et aussi le domaine scolaire il a obtenu 3 (et la moyenne est de 4.12). Par contre, dans le domaine social il a obtenu (7), qui est en dessus de la moyenne qui est de (5,67).

Dans son estime de soi générale, on trouve que le sujet a un jugement sévère sur ses compétences et sur sa valeur personnelle ; il a répondu qu'il avait une mauvaise opinion et une mauvaise image de lui, car il trouve qu'il a un physique moins agréable que la plupart des gens et qu'il aimerait être quelqu'un d'autre et quand il fait quelque chose, il regrette toujours après et ayant le sentiment d'avoir raté sa vie.

Dans l'échelle de l'estime de soi sociale, il a obtenu 7 points, note qui est supérieure à la moyenne. On considère qu'il s'accorde une bonne valeur dans ses relations à autrui dont il dit qu'il est très apprécié par les personnes de son âge et qu'il s'amuse bien en sa compagnie, et aussi qu'il plais facilement.

Dans l'échelle qui mesure l'estime de soi familiale, il a eu 4 points qui est considéré moyennement sur les jugements et les attitudes que le sujet porte sur ses relations avec les membres de sa famille et le climat familial. Il trouve qu'il est souvent contrarié par sa famille et a souvent l'envie de changer de vie car généralement, il a l'impression d'être harcelé par eux et que personne ne s'intéresse à ce qu'il ressent.

Dans l'estime de soi scolaire, Yanis a eu 3 points qui est inférieur à la norme, concernant son comportement en classe ; il se sent mal à l'aise, se décourage facilement et ne réussit pas aussi bien qu'il le voudrait, le sujet n'est pas satisfait de ses résultats scolaires. Et ces difficultés l'on conduit à ses échecs scolaires.

5) Synthèse sur le cas de Yanis :

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'inventaire de l'estime de soi, montre un niveau bas de son estime de soi qui est de 22 points, comme, il est indiqué dans l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

5-1-2- Présentation et analyse du cas de Nassim**1) Présentation du cas de Nassim**

Nassim à 19 ans, il est en 3eme année au lycée, il vit avec sa mère qui est femme au foyer et son frère de 25ans qui travaille comme commercial. Son père est décédé il ya déjà 2ans. Ses deux sœurs sont mariées.

2) Analyse du cas de Nassim

Le sujet se sent bien dans sa famille, ils s'entendent bien, il ya une bonne entente à la maison il dit : « Il n'ya pas plus beau qu'une famille, je les quitterais jamais car n'ya qu'eux qui me veulent du bien ». Mais il a changé de comportement envers ses proches suite à sa prise du cannabis, il est devenu plus distend, il leur adresse même pas la parole il nous a avoué : « Je leur dit même pas bonjours ni au revoir ». Le sujet passe tout son temps dans une cabane à coté de chez lui, avec ses amis éventuellement fumeurs. Il ne fait aucune activité physique, et ne s'intéresse à aucun hobbies et il insiste rarement aux cours car il est sous l'effet de la drogue presque toute la journée, il dit : « mes idées sont brouiller, j'ai envie de rien faire ».

Le cas aime bien être avec les gens mais a toujours peur du regard qu'ils portent sur lui, le sujet s'exprime : « Je passe toujours de bon moment, mais quand j'entreprends quelque chose je ne le dit à personne de peur que ça ne réussir pas et que les gens vont me juger et me traitent de raté ». Il trouve que les gens l'apprirent, il dit : « Si quelqu'un à besoin de quelque chose ou de mon aide, je réponds toujours présent ». Et se considère égal à la plupart des jeunes de son âge, mais parle de l'avenir avec pessimisme il avoue : « Je suis toujours le dernier en classe, je n'ai pas d'avenir, pas d'argent et pas d'intelligence ».

Sa première expérience avec le cannabis était un hasard il raconte : « Alors que je me promenait dans une forêt qui se trouve à côté de chez nous, j'ai trouvé une feuille du kif, j'étais avec mon cousin, au début on ne savais pas ce que c'était mais on se doutaient, on la prit avec nous et on la fumé, ça a duré 2 semaines sans que quelqu'un le sache, quand la

feuille est finie, on a commencé à acheter et depuis ce jour, je n'ai jamais arrêté de fumer » la drogue a changé sa vie, ça la pousser à devenir dealer ; pour s'assurer de la bonne qualité du cannabis il fume , il le cultivé lui-même : « j'ai gagné une énorme somme d'argent avec ça mais je n'ai rien bâti j'ai l'impression que mes gains se sont envolés ».

Nassim fume toute la journée, il ne compte pas le nombre de cigarette qu'il fume il affirme : « Je suis toute la journée sous l'effet de la drogue, je ne pense qu'à ça, c'est la seule chose qui compte dans ma vie », il ne pense pas à son avenir et ne fait pas de projet « je vis jour le jour » il n'ya pas de raison particulière qui le pousse à consommer le cannabis « je fume à n'importe quel moment, j'ai l'impression que ma tête est vide, et que le kif est mon seul bonheur ».

Le sujet a décédé de venir au centre suite à un incérant « c'était le ramadan, et le kif que j'ai est terminé, alors j'ai appelé un ami pour qu'il me rapporte un peu car j'étais très anxieux et je ne pouvais plus supporter cette situation, et mon ami me disais qu'il est en route, alors que c'était pas vrai. Je l'est attendu longtemps mais il n'est jamais venu, sa était le coup déclenchant j'ai dit wellah wellah cette saleté ne passera plus dans ma gorge, elle va plus contrôler ma vie ».

Nassim a accepté facilement de participer à la recherche, il s'est montré motivé et attentif. Par contre, il a le regard triste et fatigué, le début du sevrage là beaucoup épuisé. Cela fait 15jours qu'il suit une thérapie.

3) Présentations des résultats obtenues dans le test de l'estime de soi de Coopersmith:

Tableau N°1 : résultats du test de l'estime de soi (SEI) de

Echelles	<i>Estime de soi générale</i>	<i>Estime de soi sociale</i>	<i>Estime de soi familiale</i>	<i>Estime de soi scolaire</i>	<i>Echelle de mensonge</i>	Le total
résultats	16	7	4	4	5	31

4) Analyse des résultats obtenus dans l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith:

D'après ce tableau, on constate que son estime de soi est moyenne et qui est de 31 points, c'est un indicateur d'une évaluation positive de soi.

Les résultats obtenus dans les sous-échelles sont : celles qui sont en dessous de la moyenne ; avec 16 points dans le domaine générale (alors que la moyenne est de 18.46), le

domaine familiale avec un 4 points (la moyenne est de 4.92). Par contre, dans le domaine social il a obtenu 7 points, qui est en dessus de la moyenne (5,67) et aussi dans le domaine scolaire, il a eu 4 points (et la moyenne est de 4.12).

Dans le domaine général, le sujet est légèrement en dessous de la moyenne qui est de 18.46 alors que lui a obtenu 16 points. C'est le jugement plus ou moins positif qu'un individu a de son comportement en général. Dans la sous échelles qui aborde ce domaine, le sujet est assez sûr de lui. Il n'attend pas que quelqu'un lui dise ce qu'il doit faire, il a coché « sa me ressemble » aux items suivantes : « en général, je suis capable de me débrouiller tout seul ». Il est content de sa vie et pense qu'il est capable de prendre une décision et de s'y tenir. Nassim se fait confiance, se débrouille généralement bien et il reste content de sa vie.

Dans le domaine social, le sujet a une estime de soi plus élevé que la moyenne qui est de 5.67 alors que lui a obtenu 7 points. Il montre une adaptation facile dans son environnement, il trouve qu'on s'amuse bien en sa compagnie. Selon lui, il est très apprécié par les personnes de son âge et plaît facilement.

Par contre, dans le domaine familial, son score est légèrement en dessous de la moyenne. Certaines conditions familiales semblent influencer son estime de soi familiale. Le sujet est souvent contrarié par sa famille, il pense qu'elle ne le comprend pas bien et ne s'intéresse pas beaucoup à lui.

Dans le domaine scolaire, qui prend en compte son vécu au sein de la classe, il ne trouve pas très pénible d'avoir à prendre la parole en classe. Il est souvent découragé et n'est pas fier de ses résultats. Par contre, il fait toujours son travail du mieux qu'il peut.

5) Synthèse sur le cas de Nassim

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'inventaire de l'estime de soi, montre un niveau de son estime de soi moyenne qui est de 31 points, comme, il est indiqué dans l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

5-1-3- Présentation et analyse du cas de Mourad**1) Présentation du cas de Mourad**

Jeune adolescent de 18ans, scolarisé dans un lycée en 3eme année spécialité Mathématique. Il vie avec ses parents et ses 3 frères, qui sont plus âgés que lui. Il a commencé à fumer à l'âge de 15ans.

2) Analyse du cas de Mourad

Mourad ne se sent pas bien au sein de sa famille, il se sent rejeté, abandonné il affirme : « Personne ne s'inquiète pour moi et personnes ne me comprend » ce changement est dû à sa prise du cannabis, il rajoute : « Tout ça a débuté quand j'ai commencé à consommer du kif, avant d'y goûter c'était agréable à la maison. Mais maintenant je ne passe plus de temps avec eux, même la plupart de mes nuits je les passe avec mes copains dans une résidence universitaire » il en veut beaucoup à ses parents et à ses frères qui ne cherche pas à le comprendre et à discuter avec lui, il avoue : « A la maison, mes parents font de déférence entre moi et mes frères Soufen-yi (je les dégoute) » il pense que ses parents ne veulent pas de lui, il s'est montrer anxieux quand il aborde le sujet de sa famille, on a du insister pour qu'il parle plus de leurs relations.

Le sujet é déclaré : « Je n'ai pas beaucoup d'amis, et ceux qui sont proches, je ne partage pas grand chose avec eux » il préfère rester seul. Avant qu'il commence à fumer, la boxe était toute sa vie et maintenant, il trouve qu'il n'a pas trop le temps de s'entraîner il indique : « Le kif a changé toute ma vie car je n'ais plus d'argent pour payer les entrainements et cela me fait mal car j'ai l'impression d'abandonner mes rêves». Tout son argent il le dépense pour acheter du cannabis. Il ajoute : « Je ne fait rien de mes journées » même ses études ne l'intéressent plus, il ne pense qu'à la drogue qui occupe toutes ses pensées. Et quand il est au sein d'un groupe il se sent mal, il dévoile : « ils ne m'aiment pas, m'insultent et me critiquait car je prends de la drogue ». Il se sent différents par apport aux autres comme étant mieux, il nous a dit : « je suis mieux que tout le monde, mais eux pensent qu'ils sont mieux que moi ».

Son rapport avec lui-même est plutôt pessimiste, il a des traces de bruleurs de cigarettes sur ses mains, quand on lui a demandé pourquoi, il nous a répondu « personne ne

m'aime, je suis seul, et personne ne s'inquiète pour moi ». Il nous a dit qu'il se trouve bien physiquement mais l'image qu'il renvoi aux autres est négative.

Il a commencé à fumer il y a 2 ans, c'est son cousin qui la initier à la prise du cannabis « il ma dit que le cannabis n'est pas une drogue forte et qu'elle rendait heureux, je l'est bêtement crus ». Il a commencé à fumer progressivement jusqu'à devenir dépendant. Il préfère fumer seul « je fume généralement seul parce que mes amis n'aiment pas trop partager leurs dogues, déjà moi je ne partage pas car je n'ai pas toujours l'argent pour en acheter ». Quand il fume « je me sens comme un roi, je vois les gens tout petits et je peux les écrases, et je ris tout le temps. Mais après l'effet « je me sens très triste et tous mes problèmes refond surface ».

Au début de l'entretien, le sujet s'est montré gentil, calme et répond volontiers aux questions que je lui pose. Mais l'hors de la passation de l'échelle, il a été très anxieux et a présenté une certaine réticence quand on a abordé les items sur sa famille, il nous a demandé de ne pas lui poser des questions sur se sujet.

3) Présentations des résultats obtenues dans le test de l'estime de soi de Coopersmith:

Tableau N°1 : résultats du test de l'estime de soi (SEI) de

Echelles	<i>Estime de soi générale</i>	<i>Estime de soi sociale</i>	<i>Estime de soi familiale</i>	<i>Estime de soi scolaire</i>	<i>Echelle de mensonge</i>	<i>Le total</i>
résultats	9	6	0	6	7	21

4) Présentation des résultats obtenus dans l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith

Les résultats obtenus dans les domaines suivants sont : générale 9 points, sociale 6 points, familiale 0, et scolaire 6 points. Dans l'échelle de mensonge, il a obtenu 7 points; qui est élevé par apport à la moyenne, le sujet montre un intérêt à donner une bonne image de lui.

Dans le domaine général, il y a en lui, des tas de choses qu'il changerait, s'il le pouvait car il pense que c'est très dur d'être lui. Le sujet a une mauvaise image de lui « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens », il aimerait bien être quelqu'un d'autre et attend toujours que quelqu'un lui dise ce qu'il doit faire.

Dans le domaine sociale, le sujet a obtenu 6 points, qui est en dessus de la moyenne (5.67). Il a répondu « ça me ressemble » aux items suivantes : « Je plais facilement », « On s’amuse bien en ma compagnie », « Je suis très apprécié par les personnes de mon âge ».

Dans la sous-échelle familiale, il a eu 0 qui est un score très inférieur à la moyenne (4.92), le sujet montre une anxiété quand il parle de sa famille, il se sent rejeté et a l’impression qu’elle ne s’occupe pas de lui et ne s’inquiète pas de ses problèmes. Il se sent souvent contrarié par sa famille et ne passe pas de bon moment avec elle.

Le sujet a obtenu dans la sous-échelle qui aborde le domaine scolaire 6 points qui est en dessus de la moyenne (4.12). Il ne se sent pas à l’aise en classe cependant il fait toujours son travail du mieux qu’il peut.

5) Synthèse sur le cas de Mourad

La concordance entre les données obtenues à l’entretien et celle de l’inventaire de l’estime de soi, montre un niveau bas de son estime de soi qui est de 21 points, comme, il est indiqué dans l’inventaire d’estime de soi de Coopersmith.

5-1-4 Présentation et analyse du cas de Kamel

1) Présentation du cas de Kamel

Adolescent de 19ans, il est scolarisé en 2eme as lettre arabe. Il a commencé à fumer à l’âge de 16ans. L’aîné d’une fratrie de 4 garçons, Il vit avec ses parents et ses frères.

2) Analyse du cas de Kamel

Le sujet se sent bien avec sa famille, s’entend bien avec eux surtout ses frères. Mais depuis qu’il a commencé à consommer le cannabis, ses habitudes ont changé. Il dit : « Je passe toutes mes journées chez mes copains, je rentre pratiquement que le soir. » il ajoute : je fais rien de particulier dans mes journées à part m’asseoir au quartier ou rester chez un copain »

Quand on lui a demandé comment c’était ses débuts avec la prise du cannabis « j’ai commencé à consommer le cannabis il y a environ 3ans, au début je l’ai pris pour essayer, pour voir ce que ça fait d’être sous l’effet de la drogue. Alors j’ai choisi le cannabis car il paraît que c’est la drogue la moins forte. » On lui a demandé de nous parler de sa première expérience il nous a avoué : « c’était l’hors d’une fête, que mon cousin a organisé un soir d’été dans leur résidence secondaire, ils m’ont invité à en prendre moi et mes amis, alors c’était

pour moi une occasion d'essayer ». Le sujet a trouvé cette expérience agréable surtout l'hors de cette soirée. Il s'est beaucoup amusé, ce qui l'a poussé à renouveler cette pratique « au début c'était les week-ends, avec mon cousin lui qui a l'habitude d'en prendre, j'ai même testé l'alcool mais cela ne ma pas plu » mais cette période n'a pas trop durée « avec le temps je consommait de plus en plus, je ne pouvais plus m'en passer ».

Il présente un grand sentiment de regret, quant a sa prise du cannabis de la situation. Mais il dit « au moins je l'est essayé, mais je ne laisserai jamais mes enfants le toucher ». il s'est monté coopérant, et à l'aise l'hors de l'entretien.

3) Présentations des résultats obtenues dans le test de l'estime de soi de Coopersmith:

Tableau N°1 : résultats du test de l'estime de soi (SEI) de

Echelles	<i>Estime de soi générale</i>	<i>Estime de soi sociale</i>	<i>Estime de soi familiale</i>	<i>Estime de soi scolaire</i>	<i>Echelle de mensonge</i>	<i>Le total</i>
résultats	14	5	6	3	4	28

4) Présentation des résultats obtenus dans l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith

Selon les résultats obtenus dans l'échelle de l'estime de soi de Coopersmith, Kamel a une faible estime de soi, qui est de 28 points, selon le classement de l'inventaire de Coopersmith.

Dans le domaine général, il a obtenu 14 points alors que la moyenne est de (18.46), c'est un résultat inférieur à la norme. Le sujet a répondu « me ressemble » aux items suivantes : « il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais. », « je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau », « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ». Il trouve que tout est confus et embrouillé dans sa vie, et qu'il est incapable de prendre une décision et de s'y tenir. Le sujet perd facilement ses moyens quand on lui fait des critiques. Il a le sentiment d'avoir raté sa vie.

Dans le domaine social, le sujet a obtenu 5 points qui dans la moyenne de la norme. Il trouve que la plupart des gens sont mieux aimés que lui et qu'il ne plait pas facilement, il a répondu, « ça me ressemble » à l'item suivantes : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes », mais pense qu'on s'amuse bien en sa compagnie.

Dans le domaine familiale, le sujet a eu 6 points qui est inférieure à la moyenne (4.12), Kamel est bien soutenu de la part de ses parents, ils ne le contrarient pas souvent. Sa famille le comprend bien, par contre, il ne passe pas souvent de bon moments avec sa famille.

Et dans le domaine scolaire, il a obtenu 3 points qui est légèrement inférieure à la moyenne (4.12). Le sujet ne trouve pas pénible d'avoir à prendre la parole en classe et il est fier de ses résultats scolaires. « Je fais toujours mon travail de mieux que je peux », il fait tous pour réussir dans ses études.

5) Synthèse sur le cas de Kamel

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'inventaire de l'estime de soi, montre un niveau bas de son estime de soi qui est de 28 points, comme, il est indiqué dans l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

5-1-5- présentation et analyse du cas de Hafid

1) Présentation du cas de Hafid

Adolescent de 17ans, vit avec sa mère qui femme de ménage dans une société et son frère de 10ans qui est dans l'école primaire, il est en 4eme année moyenne au (C.E.M). Il a commencé à fumer à l'âge de 15ans après la séparation de ses parents. Il a commencé a fumé à l'âge de 15ans.

2) Analyse du cas de Hafid

Hafid nous a avoué : « En effet, je m'entends mal avec mon père, surtout depuis qu'il a quitté la maison, il ya 4ans, à chaque fois que je le vois, je me dispute avec lui ». Son père lui fait toujours des reproches pour sa consommation du cannabis et aussi qu'il a délaissé ses études. Par contre, il a de bonne relation avec sa mère, il ajoute : « ma mère je l'aime beaucoup, elle s'est dévoué pour nous, et mon petit frère est très adorable, il fait tous ce que je lui demande», il a dit avec un grand sourire. « Je suis son modèle », Il veut arrêter de fumer pour donner l'exemple à son frère, il se sent responsable de lui.

Depuis qu'il a commencé à fumer, son attitude à changer « je passe beaucoup de temps à l'extérieur avec mes copains fumeurs, je rentre tard à la maison. Des fois même jusqu'à 4heure du matin » Sa famille s'inquiète pour son nouveau comportement et sa fréquentation. « Les seuls amis que j'ai sont des fumeurs déjà nos seules discussions se limitent

à la drogue, aux vols et aux bêtises qu'on fait» dans la journée. Il se rend à l'école ou il bricole pour avoir de l'argent pour s'acheter du cannabis, il ne les rencontre pratiquement que le soir.

Le sujet nous a déclaré : « J'ai un contact facile avec les gens, même ceux que je ne connais pas, » mais il a un sentiment d'infériorité, il rajoute : « tout le monde est mieux que moi, mes parents sont divorcés, je fume de la saleté, comment voulez-vous que je me sens bien? » et ce sentiment l'isole du monde.

Le cas nous a raconté : « J'ai commencé le cannabis à l'âge de 15ans, suite au déménagement de mon père, mais au début je n'en fumais pas beaucoup » Mais avec le temps il a augmenté les doses progressivement. Il ajoute : « Ce sont mes problèmes qui m'ont conduit à me réfugier dans la drogue ». hafid dit : « Au début, c'était bien, je me sentais le roi du monde, aucun soucis, pas d'anxiété, j'étais le mec cool de ma bonde d'amis ». il rajoute : « Ma première cigarette, je l'est prise seul, pour essayer, pour faire de nouvelles expériences ». Il avait déjà des amis qui fumaient et lui ont parlé des biens fait du cannabis quand il l'ont vu qu'il n'était pas bien. « Je fume dés fois avant les repas car sa donne de l'appétit, et jusqu'à 4 joints chaque soirs ».

Aux cours de l'entretien, il s'est montré motiver, bien décider à l'arrêter et un peu anxieux car il est au début du sevrage il nous a avoué : « La drogue était toute ma vie, mais maintenant, je songe vraiment à l'arrêter car j'ai pris conscience que c'est un produit qui tend vers la folie ».

3) Présentations des résultats obtenues dans le test de l'estime de soi de Coopersmith:

Tableau N°1 : résultats du test de l'estime de soi (SEI) de

Echelles	<i>Estime de soi générale</i>	<i>Estime de soi sociale</i>	<i>Estime de soi familiale</i>	<i>Estime de soi scolaire</i>	<i>Echelle de mensonge</i>	<i>Le total</i>
résultats	15	7	3	3	3	28

4) Analyse des résultats obtenus dans l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith

Les résultats obtenus dans les sous échelles sont : Celles qui sont inférieurs à la norme sont ; dans le domaine générale 15 points (la moyenne 18.46), familiale 3 points (la moyenne

est de 4.92), et dans le domaine scolaire 3 points (et la moyenne est de 4.12). Et dans le domaine social, il a obtenu 7points, qui est supérieur à la moyenne (5.67).

Dans le domaine générale, le sujet a répondu, « me ressemble » aux items suivants : « Il y a, en moi des tas de choses que je changerais, si je le pouvais », « Je regrette souvent ce que je fais. ». « Je passe beaucoup de temps à ravisés » et mets longtemps à s'habituer à quelque chose de nouveau.

Dans le domaine social, son estime de soi est supérieure à la moyenne, il trouve qu'on s'amuse beaucoup en sa compagnie et qu'il est très apprécié par les personnes de son âge, et pense que, généralement qu'il a de l'influence sur les autres et ne trouve pas qu'il est mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes.

Dans le domaine familiale, son score est inférieur à la moyenne, le sujet a répondu « me ressemble » aux items suivantes « je suis souvent contrarié par ma famille ». « Ma famille attend trop de moi ». « J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille » mais il passe souvent de bon moment avec eux.

Dans le domaine scolaire, son score est légèrement inférieur à la moyenne, le sujet arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés mais il se décourage souvent quand il est entraine de faire quelque chose.

5) Synthèse sur le cas

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'inventaire de l'estime de soi, montre un niveau bas de son estime de soi qui est de 28 points, comme, il est indiqué dans l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

5-1-6- présentation et analyse du cas de Saleh

1) Présentation du cas de Saleh

Saleh à 16ans, il est en 2eme année au (C.E.M), il a déjà refait l'année 2 fois. Il vit avec ses parents et ses 3soeurs, c'est le benjamin de sa fratrie. Il a commencé à fumer à l'âge de 17ans.

2) Analyse du cas de Saleh

Le jeune adolescent nous a dit : « Ma famille me contrarie souvent, personne ne me comprend, j'ai l'impression d'être un étranger », sa famille le considère comme le seul qui est sorti du droit chemin. Leurs relations ont changé depuis qu'il a commencé à consommer le cannabis, il ajoute : « Beaucoup de choses en changer, mon père est toujours derrière mon dos, et ça me fatigue alors je passe de moins en moins de temps en leurs compagnie ».

Le sujet avoue : « J'ai beaucoup d'amis et on se soutient mutuellement surtout pour se procurer du kif ». Il passe ses journées avec ses amis dans la salle des jeux. Il est membre d'une association culturelle et il joue de la guitare. Sa passion c'est la musique.

Sa fréquentation est limitée à ses amis, il ne cherche pas à faire de nouvelle rencontre, il dit : « À part mes amis, je pense que les gens m'aiment pas trop, ils se méfient de moi car je ne suis pas de bonne fréquentation » il donne beaucoup d'importance aux regards des autres. « Je suis comme tout le monde la seule différence est que moi je suis accros au cannabis ».

Le cas dit : « Cela fait au moins 3 ans que je consomme le cannabis, au début, je ne fumais pas beaucoup et tout allait bien, j'ai une bonne condition sociale, j'arrivais à oublier mes petits soucis mais avec le temps, j'ai augmenté les doses pour me procurer les mêmes effets ». Il pense qu'il a plus de problèmes depuis qu'il est devenu dépendant du cannabis. Il ajoute : « Je trainais dans les rues, c'est la mauvaise fréquentation qui ma conduit à ça ».

Saleh dit : « Maintenant je fume tout les jours, je fume quand on se regroupe avec mes amis, et bien sure quand j'ai de l'argent cela coûte comme même chère » quand il est sous l'effet de la drogue ça lui donne des sentiments de liberté, il ajoute : « Quand je fume je me sens libre comme un oiseau que rien ne peut arrêter ». Mais quand l'effet est fini ça lui donne des sensations désagréables il affirme : « Quand l'effet est fini, j'ai chaud et froid au même temps, je deviens coléreux et nerveux ».ca lui procure des sensations désagréable.

L'adolescent dévoile : « Je fume quand j'ai de l'argent pour acheter de la drogue et que mes copains ne me donnent pas, la nuit je ne retrouve pas le sommeil, je stresse et je ne parle avec personne si on m'aborde je cris sur eux sa peut même aboutir une bagarre ».

A propos des raisons qui le poussaient à fumer, il dit : « Je fume parce que j'ai besoin de son effet relaxant et rassurant mais dommage ça ne dure pas longtemps ».

L'adolescent s'est montré coopérant, souriant, avec une grande envie de s'en sortir de cette situation, qui devienne, pour lui, de plus en plus infernale à vivre.

3) Présentations des résultats obtenues dans le test de l'estime de soi de Coopersmith:

Tableau N°1 : résultats du test de l'estime de soi (SEI) de

Echelles	<i>Estime de soi générale</i>	<i>Estime de soi sociale</i>	<i>Estime de soi familiale</i>	<i>Estime de soi scolaire</i>	<i>Echelle de mensonge</i>	Le total
résultats	16	6	3	2	2	27

4) Présentation des résultats obtenus dans l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith

Les résultats obtenus dans les sous échelles sont :

Celles dont les résultats sont en dessous de la moyenne ; dans le domaine générale il a eu 16 points (la moyenne est de 18.46), le domaine familiale 3 points (la moyenne est de 4.92), et le domaine scolaire 2 points (alors que la moyenne est de 4.12).

Dans le domaine générale, son score est un peu inférieur à la moyenne, il a répondu « me ressemble pas » aux : « j'ai une mauvaise opinion de moi-même », « je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau », « je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre ». Par contre, il regrette souvent ce qu'il a fait et qu'il n'arrive pas à se débrouiller tout seul »

Dans le domaine sociale, son score est de 6 points qui est légèrement supérieur à la moyenne (5.67), il s'emble bien adapter à son environnement sociale, et pense qu'on s'amuse bien en sa compagnie et qu'il est très apprécié par les personnes de son âge. Il trouve aussi qu'il plait facilement.

Dans le domaine familiale, le score de Saleh est légèrement en dessous de la moyenne, il pense qu'il est souvent contrarié par sa famille et qu'elle attend trop de lui mais sa leurs arrivent de passer de bon moment ensemble.

Et dans le domaine scolaire, Saleh a eu 2 points, alors que la moyenne de la norme est de 4,12, il ne trouve pas très pénible d'avoir à prendre la parole en classe mais se décourage souvent quand il fait quelque chose.

5) Synthèse sur le cas

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'inventaire de l'estime de soi, montre un niveau bas de son estime de soi qui est de 27 points, comme, il est indiqué dans l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith.

5-2- Analyse des résultats :

5-2-1- Analyse des résultats obtenus dans l'inventaire d'estime de soi (SEI) :

Après la cotation de l'inventaire, on a obtenu les scores suivants :

Tableau N°1 : récapitulation sur les résultats obtenus dans l'échelle de Coopersmith

Catégories Cas	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Mensonge	Total	Niveau d'estime de soi
Yanis	8	7	4	3	4	22	Bas
Nassim	16	7	4	4	5	31	Moyen
Mourad	9	6	0	6	7	21	Bas
Kamel	14	5	6	3	4	28	Bas
Hafid	15	7	3	3	3	28	Bas
Saleh	16	6	3	2	2	27	Bas

Tableau N°2: la répartition des cas en fonction de leurs niveaux d'estime de soi

Niveau d'estime de soi	Très bas	Bas	Moyen	Elevé	Très élevé
Nombre de cas	0	5	1	0	0

D'après les deux tableaux présenté si dessus, on constate que la majorité des adolescents toxicomanes, pour ceux qui ont participé à notre recherche, que leurs estime de soi est basse ce qui signifie qu'ils ont une évaluation négative de soi, et il ya qu'un seul adolescent (Nassim) qui a un estime de soi moyenne, ce qui veut dire qu'il a une évaluation de soi positive. Et aucun d'entre eux, n'est dans les catégories d'estime de soi très basse, élevée ou bien très élevée.

5-2-2- Analyse des résultats obtenus dans les sous-échelles de l'inventaire de l'estime de soi :

1) présentation de la sous-échelle de l'estime de soi générale :

Tableau N°3 : La sous-échelle de l'estime de soi générale

Les cas	Yanis	Nassim	Mourad	Kamel	Hafid	Saleh	La moyenne
Résultats	8	16	9	14	15	16	13

Dans les résultats obtenus dans la sous-échelle de l'estime de soi générale, on constate que leurs résultats d'estime de soi sont bas dans cette catégorie pour tous les sujets. Par conséquent, leurs moyennes l'est aussi. Et cela reflète dans les déclarations de l'entretien qu'on a passé avec eux. Comme par exemple, la plupart d'entre eux pensent que, sa leurs prend du temps pour s'habituer à un environnement nouveau, et que c'est difficile pour eux de s'affirmer.

2) Présentation de la sous-échelle de l'estime de soi sociale

Tableau N°4 : la sous-échelle de l'estime de soi sociale

Les cas	Yanis	Nassim	Mourad	Kamel	Hafid	Saleh	La moyenne
Résultats	7	7	6	5	7	6	6.33

D'après ce tableau, on constate que tous les sujets ont une estime de soi sociale plus élevée que la moyenne, et c'est le cas pour la moyenne générale des cas dans cette catégorie (6.33), alors que la moyenne est de la norme est de (5.65). Et sa se reflète dans leurs déclarations dans l'entretien, il s'emblait bien s'intégré dans la société. Ils ont tous une vie sociale, ils ont des amis, et passent beaucoup de temps entre ces derniers.

3) Présentation de la sous-échelle de l'estime de soi familiale :

Tableau N°5 : la sous-échelle de l'estime de soi familiale

Les cas	Yanis	Nassim	Mourad	Kamel	Hafid	Saleh	La moyenne
Résultats	4	4	0	6	3	3	3.33

Dans ce tableau présent, la moyenne générale dans cette catégorie est de (3.33), elle est en dessous de la moyenne de la norme (4.92). Pour les adolescents ; la majorité ont une estime de soi faible dans cette catégorie. Sauf, pour l'adolescent Kamel qui a eu 6 qui est en dessus de la moyenne de la norme (4.92). Pour le premier groupe, leurs relations avec les membres de leurs familles sont mitigées, ce qui a créé dès fois des conflits entre eux. Et pour Kamel, il s'embles bien s'intégrer dans son milieu familial.

4) Présentation de la sous-échelle de l'estime de soi scolaire :

Tableau N°6 : la sous-échelle de l'estime de soi scolaire

Les cas	Yanis	Nassim	Mourad	Kamel	Hafid	Saleh	La moyenne
Résultats	3	4	6	3	3	3	3.66

Dans ce tableau, on constate que le groupe est divisé en deux ; ceux qui ont une estime de soi plus que la moyenne (Yanis, Nassim, Saleh, Kamel, Hafid), et ceux qui ont un résultat plus bas que la moyenne (Mourad). Pour le premier groupe, les sujets ont déjà subi des échecs scolaires contrairement au deuxième groupe qui est marqué par une bonne adaptation dans le milieu scolaire.

5-3- Synthèse sur les résultats de notre recherche

A la vue de ces résultats obtenus dans l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith, il apparaît que les adolescents consommateurs de cannabis, ont une estime de soi basse. Cependant, ces faiblesses ne se retrouvent pas dans tous les domaines ; quelles soient générale, sociale, familiale ou bien scolaire, qu'on a pu évaluer dans cette échelle.

Chaque cas, qu'on a pu analyser dans cette recherche, est unique et a sa propre histoire. Dans les domaines qu'on a pu évaluer, leurs estime de soi est différente. Mais il s'emble partagé une estime de soi baisse d'une manière générale. Et les résultats obtenus dans l'échelle de l'estime de soi semblent concordants avec leurs déclarations dans l'entretien qu'on a passé avec eux.

Donc, les transformations qui affectent l'adolescent et qu'il subit s'inscrivent essentiellement dans les domaines : la vie sociale, familiale, scolaire, les bouleversements morphologiques, et la représentation de soi. Dans chaque domaine, ces transformations imposent à l'adolescent d'accomplir un certain travail psychologique qui lui permet d'intégrer les transformations qui l'affectent dans son évolution progressive vers l'âge adulte.

5-4- La discussion des hypothèses

Dans notre recherche, on a d'abord commencé par d'écrire nos variables ; l'estime de soi, l'adolescence et la toxicomanie en générale puis le cannabis. Et dans notre pratique, on a sélectionné un nombre de cas limité à 6 adolescents toxicomanes qui consomment le cannabis. Leurs âges est situé entre (16 ans et 20 ans), l'âge moyenne est de 18ans, tous en consomment le cannabis depuis au moins 2 ans. Et sont tous scolarisés.

Après avoir présenté et interprété les résultats obtenus dans l'entretien semi directif et l'échelle d'estime de soi de Coopersmith. On est arrivé à la phase de la confirmation ou la réfutation de nos hypothèses.

« Les adolescents toxicomanes, consommateurs du cannabis, ont une faible estime de soi».

A partir des résultats obtenus dans notre recherche, a l'aide de deux outils ; l'entretien semi-directif et l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith, nous confirmons notre hypothèse, présentée si dessus.

Et cela explique, que l'adolescence est une période cruciale en ce qui concerne le développement et la consolidation de l'estime de soi. En effet, c'est à ce moment de la vie que le jeune doit absolument trouver son identité. Et que les adolescents consommateurs du cannabis, on souvent un faible estime de soi, par conséquence, ils cherchent à s'évader ou à fuir leurs problèmes d'échec, et le cannabis joue facilement le rôle de facilitateur et un raccourci rapide mais il l'est conduit à l'autodestruction et à l'illusion d'un bien-être. Le recours à la consommation de drogue à cette période de la vie, est souvent en raison de leurs vulnérabilités.

Coopersmith (1967) mentionne que les individus ayant une estime de soi négative se croient incompetents, sans importance et incapables de réussir ce qu'ils entreprennent. Il ressort également, de façon plus générale, que les gens ayant une estime de soi négative ont tendance à être passifs, dépendants, anxieux, à se sentir inutiles et sont susceptibles de se conformer et d'être blessés par des critiques des autre.

5-4-1- Le domaine général :

Nous confirmons notre hypothèse pour cette catégorie.

Les adolescents qui ont participé à la recherche ont une estime de soi basse dans le domaine général. Il semble que, les sujets ont des difficultés à prendre des décisions, à s'exprimer ou à être fier d'eux-mêmes. Et réagit aux évènements en craignant l'échec.

Selon Coopersmith (1967), une personne ayant une faible estime de soi manque de respect envers elle-même, se croit incompétente, sans importance, incapable de réussir ce qu'elle entreprend ou veut entreprendre.

De plus, Gold et Douvan (1969), précisent qu'un individu qui possède une faible estime de soi tend à être dépendant de son environnement extérieur et à se conformer passivement à l'influence de celui-ci.

5-4-2- Le domaine social :

Nous réfutons notre hypothèse pour cette catégorie.

Tous les sujets de cette recherche ont une estime de soi plus élevée que la norme cela s'explique : que les adolescents semblent recevoir des opinions positives qui proviennent de leurs entourages. Et qu'elle se développe à travers les interactions qu'ils ont avec leurs amis et leurs entourage, surtout s'il s'agit des personnes significatives aux yeux des jeunes.

Rosenberg démontre que la participation et l'adhésion à un groupe, chez les adolescents, sont positivement reliées à un niveau élevé d'estime de soi. (Emond M, 1977, p.68)

Selon Mc Candless et Jersild (1973) : l'adolescent acquiert une image de soi dans ses relations avec autrui. L'estime de soi est créée des diverses opinions qu'il a de lui-même et qui lui proviennent de son entourage. (Chévigney M, 1986, p.98)

5-4-3- Le domaine familial :

Nous confirmons notre hypothèse pour cette catégorie.

La moyenne générale de cette catégorie chez les adolescents est inférieure à la norme. Presque tous les cas ont une estime de soi familiale inférieure à la norme sauf pour un seul cas.

Cela s'explique, qu'il a plusieurs aspects qui s'inscrivent dans la relation d'estime de soi dans cette catégorie. On retrouve la relation avec les parents : les adolescents nous ont déclaré que, leurs parents les surveillent tout le temps ou bien le contraire comme c'est le cas pour le sujet Mourad qui pense que sa famille le néglige.

Emond (1977), indique que l'attention paternelle est reliée de façon significative à l'estime de soi.

Coopersmith (1967), fait état de certaines conditions familiales nécessaires à la formation de l'estime de soi positive. Selon lui, l'acceptation inconditionnelle de l'enfant par les parents, des limites éducatives clairement définies et renforcées. Et le respect pour l'action individuelle de l'enfant qui permet d'établir un milieu familial démocratique.

5-4-4- Le domaine scolaire :

Nous confirmons notre hypothèse pour cette catégorie.

Dans notre groupe de recherche 5 sur 6 ont une estime de soi basse, par conséquence, leurs moyenne aussi est inférieurs à la norme.

Pour Bloom : « le succès ou les échecs répétés pendant plusieurs années conduisent l'élève à généraliser l'opinion qu'il a de lui-même en tant qu'élève ».

Donc, l'estime de soi scolaire est reliée à des expériences de succès ou d'échec dans cette catégorie.

Conclusion :

En conclusion, ya plusieurs facteurs d'influence sur l'estime de soi ; le niveau de satisfaction par rapport à la vie en général, satisfaction face à la famille, de ses relations sociale ou bien du domaine scolaire.

CONCLUSION

GENERALE

Conclusion générale

Concernant la méthode utilisée dans la présente étude qui vise à décrire l'estime de soi des adolescents consommateurs de cannabis. Nous avons entrepris un entretien semi-directif avec les participants à la recherche, suivi de l'inventaire de l'estime de soi (ESI) de Coopersmith. L'objectif de cette recherche est plutôt d'identifier les catégories dont les adolescents ont une estime de soi faible ou bien élevée.

L'adolescence est une période particulière dans vie, elle constitue une importante période de transition aux cours du développement humain. L'adolescent à besoin d'affirmer sa singularité et son autonomie, en plus son identité est remise en cause. Alors face à ce grand défi, il sera menai d'aller chercher à l'extérieur le moyen de rétablir cette équilibre.

Le recours à la consommation de drogues à cet âge est un fait qui répond à un mal être. Les jeunes s'y adonnent dans leurs adolescences pour imiter leurs amis, ou pour éviter la souffrance, chercher du plaisir ou bien pour rechercher de nouvelles sensations.

L'adolescence elle-même est un facteur de vulnérabilité, tout comme la présence d'un mauvais niveau d'ajustement dans les domaines essentielle : scolaire, social, familial et personnel. Et la dévalorisation de soi est un sentiment commun à tous les âges, mais à l'adolescence, elle constitue une période particulièrement propice.

Ainsi, le développement qui survient à l'adolescence peut être freiné par l'abus du cannabis qui nuit à la capacité du succès dans des situations favorisant l'autonomie et le sens des responsabilités. Et la consommation de drogues peut être la source d'échecs répétés dans certaines tâches, qui peuvent éloigner le jeune de faire des expériences qui auraient pu favoriser son bien-être et sa santé en général.

Les effets du cannabis varient selon la dose, et les attentes du sujet. Elle peut entraîne un état d'euphorie, accompagné d'une tendance au rire facile pour n'importe quel prétexte et d'un sentiment de légèreté et de flottement. On constate également qu'ils sont la conviction que tout est devenu facile et possible, et au fur et à mesure que les effets s'atténuent ya une somnolence et une fatigue qui surviennent fréquemment.

Donc, les motifs de consommation des jeunes sont souvent: la recherche d'acceptation sociale en la consommant avec leurs amis. Ce qu'on a constaté dans notre recherche. L'appartenance à un groupe est susceptible d'influencer la conduite de l'adolescent. Alors c'est par imitation qu'ils se sont entraînés dans cette dernière. Mais aussi les effets que cela leurs procure.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Ouvrages:

- 1) Andre C, (2009), *Imparfait libres et heureux pratiques de l'estime de soi*, édition Odile Jacob, Paris.
- 2) André P, Benavidès T et Giromini F, (2004), *Corps et psychiatrie*, 2eme édition, édition Heure de France, Paris.
- 3) Angers M, (1996), *Initiation à la méthodologie des sciences humaines*, édition C.E.C, Québec.
- 4) Arsenault S, (2010), *Stress estime de soi santé travail*, édition Presse université de Québec, Montréal.
- 5) Bandure A, (2002), *Auto-efficacité Le sentiment d'efficacité personnelle*, édition de Boeck, Paris.
- 6) Bee H et Boyd D, (2003), *Le développement les âges de la vie*, 2eme édition, édition de Boeck, Belgique.
- 7) Bee H et Boyd D, (1997), *Psychologie du développement : les âges de la vie*, édition de Boeck, Belgique.
- 8) Bertrand K, (2006), *Intervenir auprès des jeunes et de leurs entourages dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes*, édition Médiapress, Québec.
- 9) Bouslimi J, Pirard C, (2002), *Psychopédagogie des adolescents*, édition Harmattan, Paris.
- 10) Braconnier A, (2007), *L'adolescence aux mille visages*, édition Odile Jacob, Paris.
- 11) Chahraoui KH et Bénony H, (2003), *Evaluations et recherche en psychologie clinique*, édition Dunod, Paris.
- 12) Chévigny M, (1986), *Estime de soi et résultats scolaires des adolescents de douze à dix-sept ans*, édition Université de Québec, Montréal.
- 13) Cooper Smith, S, (1984), *Inventaire d'estime de soi*, les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.
- 14) Danvers F, (2009), *S'orienter dans la vie : une valeur suprême*, dictionnaire des sciences humaines, édition Septentrion, Lille.
- 15) Dr Braconnier A, (2007), *Le guide de l'adolescent de 10ans à 25ans*, édition Odile Jacob, Paris.

- 16) Dreyfus A, (2005), *la crise d'adolescence*, édition Studyparents, France.
- 17) Duclos G, Laporte D et Ross J, (2002), *L'estime de soi chez l'adolescent*, édition Hôtel Sainte-Justine, Paris.
- 18) Emond M, (1977), *L'estime de soi et le phénomène de drop-in chez les étudiants de niveau secondaire*, édition Université de Québec, Montréal.
- 19) Giroux C, (2006), *Aspects physiologiques et pharmacologiques des psychotropes*, édition Fayard, Paris.
- 20) Gosling P, Ric F, (1996), *Psychologie sociale: Tome 2, Approches du sujet social et des relations*, édition Bréal, Paris.
- 21) Guidelli M, (2004), *Les étapes du développement psychologique*, édition Armand Colin, Paris.
- 22) Gutton P, (1999), *Cure en Adolescence*, édition Harmattan, France.
- 23) Hourst B, (2012), *J'aide mon enfant à développer son estime de soi*, édition Eyrolles, Paris.
- 24) Kremp L, (2007), *Puériculture et pédiatrie*, édition Lamarre, France.
- 25) Lavarde A, (2008), *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*, édition de Boeck, Bruxelles.
- 26) Léonard L et Ben amer M, (1996), *Les psychotropes pharmacologies et toxicomanies*, édition Les presses de l'université de Montréal.
- 27) Lévy S, (2002), *psychiatrie 2001-2002*, édition Estem, Paris.
- 28) Lutte G, (1988), *Libérer l'adolescence*, édition Pierre Mardaga, Liège.
- 29) Mareau C et Sahuc C, (2006), *La sexualité chez l'enfant et l'adolescent*, édition Studyparents, Belgique.
- 30) Mareau c, Vankdreyfus A, (2007), *L'indispensable de la psychologie*, édition Studyrama, Belgique.
- 31) Martinot D, (2005), *Connaître le soi de l'élève et ses stratégies de protection face à l'échec*, édition Colin, Paris.
- 32) Netchine S, (2001), *Psychologie sociale Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*, édition Bréal, Paris.
- 33) Nolin P, (2002), *Le cannabis, rapport du Comité spécial du Sérat sur les drogues illicites*, édition Les presse de l'université de Montréal, Québec.
- 34) Osson D, (1990), *L'adolescent d'aujourd'hui entre son passé et un avenir*, édition Presse universitaire de Lille.

- 35) Palazzola J, (2012), *Aider vous proches à sortir de la toxicomanie et des addictions*, édition Brochée, France.
- 36) Papalia D, Olds S, Felman Ruth D, (2010), *Psychologie du développement humain*, 7^e édition, édition de Boeck, Belgique.
- 37) Pervin J, (2004), *La personnalité de la théorie à la recherche*, édition de Boeck, Belgique.
- 38) Pervin J, (2007), *La personnalité de la théorie à la recherche*, édition de Boeck, Belgique.
- 39) Porot A et Porot M, (1968), *Les toxicomanies*, édition Coll, paris.
- 40) Ric E et Ware C, (1996), *Introduction à la psychologie : les grandes perspectives*, édition de Boeck, Belgique.
- 41) Rogers N, (2006), *Désamorcer le cannabis dès l'école*, édition Lavoisier, Paris.
- 42) Roques M, (1995), *Sortir du chômage*, édition Mardaga, Liège.
- 43) Sahuc C, (2006), *Comprendre son enfant : 11-17ans*, édition Eclairages, France.
- 44) Sahuc c, (2006), *L'adolescence et la violence*, édition Studyparents, France.
- 45) Seutin V, Moreau J et Quertemont E, (2010), *Regarts croisés sur le cannabis*, édition Mardaga, Liège.
- 46) Sordello J, (2004), *Coaching du sportif*, édition Amphorasports, Nice.
- 47) Streel E et Chinet L, (2008), *Cannabis approches thérapeutiques contemporaines*, édition de Boeck, Belgique.
- 48) Tine B, (2008), *La toxicomanie, étude Sociologique d'une forme de déviance au Sénégal*, édition EPU, Paris.
- 49) Vanek Dreyfus A, (2005), *La crise d'adolescence*, édition Studyparents, France.
- 50) Vaubourdolle M, (2007), *Toxicologie sciences mathématiques, physiques et chimiques*, 3eme édition, édition Collection Le Moniteur Internat, France.

Dictionnaires :

- 1) Labro C, (2010), *Dictionnaire Hachette*, édition Hachette éducation, Paris.
- 2) Pol D, (2002), *Dictionnaire encyclopédique des drogues*, édition Ellipses, Paris.
- 3) Sillamy N, (1996), *Dictionnaire de psychologie*, édition Larousse, Paris.

Site internet :

- 1) André C et Lelord F, 13/11/12, Estime de soi, *www.psychologie.com*
- 2) Dessez P, Des prises de risques aux conduites à risques, 20/12/12,
<http://techniquespourlestimesoii.info/blog/caracteristiques-dune-faible-estime-de-soi/>
- 3) Jérôme Comino, 13/11/12, Estime de soi,
<http://www.dicopsy.fr/cgisys/suspendedpage.cgi>
- 4) Lafond D, L'estime de soi : la perspective de W. J, 19/11/12,
<http://www.naturavox.fr/sante/L-estime-de-soi-la-perspective-de-William-James-1842-1910>
- 5) Lausanne Région, d'où vient-elle ?, 24/11/12,
http://www.ciao.ch/f/estime_de_soii/infos
- 6) Salazar M, Caractéristiques d'une mauvaise estime de soi, 24/11/12,
<http://techniquespourlestimesoii.info/blog/lestime-de-soi-et-largent/>

INVENTAIRE DE L'ESTIME DE SOI DE COOPER SMITH

Forme scolaire S.E.I

CONSIGNES

Lisez attentivement les consignes avant de répondre

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases.

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1- En général, je ne me fais pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- On s'amuse bien en ma compagnie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- A la maison, Je suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Je cède très facilement aux autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Mes parents attendent trop de moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 14- J'ai généralement de l'influence sur les autres.....
- 15- J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....
- 16- Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....
- 17- Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....
- 18- Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.
- 19- Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
- 20- Mes parents me comprennent bien.....
- 21- La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
- 22- J'ai généralement l'impression d'être harcelé par mes parents.....
- 23- En classe, je me laisse souvent décourager.....
- 24- Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
- 25- Les autres ne me font pas souvent confiance.....
- 26- Je ne suis jamais inquiet.....
- 27- Je suis assez sûr de moi.....
- 28- Je plais facilement.....
- 29- Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
- 30- Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
- 31- J'aimerais être plus jeune.....
- 32- Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
- 33- Je suis fier de mes résultats scolaires.....
- 34- J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
- 35- Je regrette souvent ce que j'ai fais.....
- 36- Je ne suis jamais heureux.....
- 37- Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
- 38- En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
- 39- Je suis assez content de ma vie.....
- 40- Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
- 41- J'aime tous les gens que je connais.....
- 42- J'aime être interrogé en classe.....
- 43- Je me comprends bien moi-même.....
- 44- Personne ne fait beaucoup attention à moi.....
- 45- On ne me fait jamais de reproches.....
- 46- En classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.....
- 47- Je suis capable de prendre ne décision et de m'y tenir.....

- 48- Cela ne me plaît vraiment pas d'être un garçon/une fille.....
- 49- Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....
- 50- Je ne suis jamais intimidé.....
- 51- J'ai souvent honte de moi.....
- 52- Les autres viennent souvent m'embêter.....
- 53- Je dis toujours la vérité.....
- 54- Mes professeurs, me font sentir que mes résultats sont insuffisants...
- 55- Je me moque de ce qui peut m'arriver.....
- 56- Je réussis rarement ce que j'entreprends.....
- 57- Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
- 58- Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

Le guide d'entretien

AXE 1 : Renseignements personnelles

59- Prénom

60- Âge

61- Niveau scolaire

62- Le nombre de sa fratrie

AXE 2 : Renseignement consternant ses relations avec l'environnement et son estime de soi :

A- Ses relations avec sa famille

- 1- Comment vous vous sentez au sein de votre famille ?
- 2- Avez-vous de bons rapports avec vos parents et votre fratrie ?
 - a- pourquoi ?
- 3- Est ce que vos relations ont changés avec votre famille depuis que vous avez commencé à consommer du cannabis ? comment ?

B- Ses relations avec l'entourage externe :

- 1- Avez-vous des amis proches ? que faite vous avec eux ?
- 2- Quelle sont vos loisirs et vos activités sociales ?
- 3- Comment vous vous sentez au sein d'un groupe ?
- 4- A votre avis, comment les autres vous voix ?
- 5- Comment tu te considère par apport aux autres ?

AXE 3 : Renseignement sua sa consommation du cannabis

- 1- A quel âge avez- vous commencé à consommer du cannabis ?
- 2- Dans quel conséquence vous avez prit votre première cigarette ?
- 3- Quelle place le cannabis occupe t-il dans votre vie ?
- 4- Pourquoi fumez-vous et avec qui ?
- 5- Quelle quantité et a quelle fréquence fumez-vous ?
- 6- Quelle est votre sentiment aux moments de la prise de drogue ?
- 7- Quel sentiment avez-vous après l'effet de la drogue ?