

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABDREHMANE MIRA BEJAIA



FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN PSYCHOLOGIE
Option : *Psychologie clinique*

Thème :

L'estime de soi chez les personnes alcooliques
Etude de 6 cas adultes âgés de 32 ans à 60 ans réalisé au
centre intermédiaire
de soins aux toxicomanes de Bejaia

Réalisé par :

TEMERICHT Idir
ZAIDI Said

Encadré par :

Mme : DJAFRI Hafida

« PROMOTION : 2016 / 2017 »

REMERCIEMENTS

Nous remercions Dieu, le tout puissant qui nous a procuré le courage et la volonté
Pour achever ce modeste travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice Mm Djaferi d'avoir accepté de nous encadrer
Et pour ses précieux conseils qui nous ont permis de réaliser notre travail.

Nos remerciements vont aussi aux membres de jury qui ont accepté d'examiner et de
Juger notre modeste travail.

On tient à remercier le responsable de la spécialité le Dr Nigrouche
On tient également à remercier tout particulièrement nos très chers parents
Pour leur soutien et leur encouragement.

Nous tenons à remercier l'ensemble des enseignants de la
Formation « psychologie clinique »
Qui ne nous ont jamais épargné d'effort pour nous former, ainsi que tous les
Enseignants de la faculté SHS.

Nous tenons à remercier l'ensemble du personnel du centre intermédiaire de soins aux
Toxicomanes de Bejaia qui nous a encadrés et soutenu durant notre stage
Pratique, ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué de près ou de
Loin à l'élaboration de ce modeste travail.

Un grand merci

Idir / Said

Dédicaces

On remercie le bon dieu de nous avoir donné le courage, la santé et la volonté afin de
Pouvoir réaliser ce modeste travail.

On dédie ce modeste travail qui est le fruit de plusieurs années d'étude à :
Nos très chers parents pour leur sacrifice, patience, leur présence et leur soutien tout au long
De nos années d'études que le bon dieu les garde et les protège.

Nos chers frères Louanes, Kaci et Ryad, qui nous ont soutenu et encourager durant
Notre parcours universitaire.

Nos chères sœurs Imane, Ikrame, pour leur soutien et leur précieuse
Aide, que dieu les guide vers la réussite.

Tous nos oncles et nos tantes.
Nos chers cousins et cousines.

A nos meilleurs amis Hicham, Athemane, Yanis, Houes, Hanine, Fawzi, Hakim, Lyes,
Adel, Juba, Syphax, Radia, Dehiya, Cilia, Souad, Kahina.

Enfin à tous ceux qu'on connaît ou qui nous connaissent qu'on n'a pas pu citer.

Liste des tableaux

N°	Les titres	Page
Tableau N° 01	Caractéristiques d'un groupe de personnes alcooliques, adultes, âges de 32ans à 60ans	40
Tableau N° 02	L'échelle d'estime de soi de COOPER SMITH est constituée de 58 items	43
Tableau N° 03	Les composants théoriques de l'estime de soi	43
Tableau N° 04	Indiquant les corrections des réponses de l'inventaire de COOPER SMITH	45
Tableau N° 05	Indiquant les niveaux d'estime de soi	46
Tableau N° 06	Indiquant les valeurs caractéristiques des échelles	46

Sommaire

Remerciement.

Dédicace.

Liste des tableaux

Introduction Générale.

La problématique de recherche.

La partie théorique

Chapitre I : La personne alcoolique

Préambule

1-Histoire de l'alcool.....	06
2-Définition du mot alcoolisme	08
3-Définition de la personne alcoolique.....	09
4-Les types de consommation d'alcool	10
5- L'alcoolisme entre maladie ou symptômes.....	12
6 -Les boissons alcooliques.	13
7-Les caractéristiques de la personne alcoolique	13
8- Les facteurs du syndrome alcoolique.....	15
9- L'alcoolisme féminin	17
10-La prise en charge	18

Conclusion.

Sommaire

Chapitre II : l'estime de soi

Préambule

1- Le Soi.....	21
2-définition de l'estime de soi.....	22
3- les principales caractéristiques de l'estime de soi	23
4- les composants de l'estime de soi	25
5- les principaux facteurs influencent l'estime de soi	27
6- les caractéristiques d'une forte et faible estime de soi.....	28
7- Les théories de l'estime de soi.....	32
8-la construction de l'estime de soi	35

Conclusion.

La partie méthodologique

Chapitre III : Méthodologie de recherche

Préambule

1- Définition des concepts.....	37
2- Définition opérationnelle.....	38
3- Objectifs et justification du thème.....	38
4-présentation du terrain de recherche	39
5-présentation de la population d'étude.....	40
6-la méthode et les outils de recherche.....	40
6.1 La démarche utilisée.....	40
6.2 La pré-enquête.....	41
6.3 Les techniques utilisées.....	41

Sommaire

7- Procédure de recueil des données.....	44
7.1 Administration.....	44
7.2 Correction.....	44
7.3 Grille de correction.....	45
7.4 Classement et inter présentation.....	46

Conclusion

Partie pratique

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats.

1- Présentation des cas et analyse des résultats du test d'estime de soi.....	48
1.1 le cas de Abdlghani.....	48
1.2 le cas de Abderrahmane.....	50
1.3 le cas de Makhloof.....	52
1.4 le cas de Fouad.....	54
1.5 le cas de Boualem.....	57
1.6 le cas de Hakim.....	59
2- Discussion des hypothèses	61

Conclusion Général

Références bibliographique

Les annexes

Introduction
Générale

Introduction

L'alcool a toujours été une substance dangereuse avec ses bouleversement psychologique et physiologique et sociaux, La consommation excessive d'alcool et l'installation d'une dépendance est, dans la plupart des cas, facilitée par des facteurs psychologiques favorisant qui initient et entretiennent le comportement de consommation. Des exemples plus fréquemment rencontrés chez les individus en difficulté avec l'alcool sont notamment : un ou plusieurs troubles anxieux, des déficits dans les capacités à gérer le stress et l'anxiété ; un état dépressif ; des déficits dans les habiletés de communication avec autrui ; la consommation peut être amplifiée par des difficultés à refuser les incitations à boire ou les frustrations liées aux conflits interpersonnels) et une intolérance à la frustration plus ou moins marquée. Dans une moindre mesure, il existe également un trouble de la personnalité en particulier, mais également antisociale, dépendante, schizoïde, histrionique, trouble bipolaire, des troubles de perception et d'expression émotionnelle et un état psychotique.

La personne alcoolique est un aspect très délicat à aborder, en particulier sous les angles suivants : la dépendance, la communication les interactions sociales, bien qu'il soit difficile à obtenir des réponses satisfaisantes les chercheurs et professionnels ne cessent d'en discuter en se focalisant là-dessous.

Une bonne estime de soi chez l'alcoolique facilite l'actualisation de son potentiel comme être humain. Celui qui s'estime a tendance à mettre ses aspirations de l'avant et à se développer. Au contraire, l'alcoolique dont l'estime de soi est faible peut facilement renoncer à repousser ses limites. Souvent il n'a pas confiance d'en être capable mais d'autre fois, il s'abstient de voir grand pour sa vie parce qu'il a l'impression de ne pas la mériter. Il se trouve alors dans un cercle vicieux dont il ne découvre pas toujours l'issue.

L'estime de soi chez la personne alcoolique lui provoque des problèmes tel que son isolement, et son abondent de lui-même chaque projet de sa tête finit toujours par l'échec aux premiers lieux, il l'empêche de progresser et vivre normalement, et se voit toujours incapable de faire quelque chose ou bien de réaliser ses projets, pour lui le premier pas n'existe pas c'est l'échec à la première fois.

Introduction général

Par ailleurs, une forte estime de soi favorise la réussite. Elle aide à prendre des risques, à chercher des solutions innovatrices, à faire preuve de ténacité et de persévérance. Ces attitudes mènent souvent à la victoire qui, à son tour, alimente à la fois la confiance et l'estime. D'autre part, la multiplication des succès permet de supporter des échecs qui seraient catastrophiques pour une personne alcoolique à l'estime fragile.

Dans des centres de désintoxications, est une préoccupation d'un autre volet pour arriver à une meilleure intégration sociale et professionnels. D'après ce constat, nous avons opté le thème : « l'estime de soi chez les personnes alcoolique » Et pour pouvoir effectuer cette recherche, nous avons choisi le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes de la Wilaya de Bejaia.

Notre travail est devisé en deux parties complémentaires, partie théorique, et méthodologique, et une partie pratique, la première est composée de trois chapitres qui sont les suivants :

- Le premier chapitre concerne la problématique de l'objet, et évoque, un aperçu sur les études qui ont procédé la nôtre, y compris les hypothèses.
- Le deuxième chapitre est théorique, portant sur la personne en situation de l'alcoolisme, et sur l'estime de soi.
- Le troisième chapitre est méthodologique, en abordant la définition des concepts clé et la définition opérationnelle, l'objectif et les raisons du choix du thème, les techniques de recherche, et les outils de collecte, qui nous a aidé à accomplir notre travail de recherche (méthode, technique utilisé, test ;...etc.,).

Quant à la partie pratique, elle est composée de deux chapitres :

Une partie pratique qui porte sur l'analyse des données collectés au niveau de notre terrain de recherche, lors de notre étude de cas. Nous allons discuter sur l'estime de soi des personnes alcooliques au niveau du centre de désintoxication, ainsi leur prise en charge.

Après, nous allons sur la vérification de nos hypothèse. et la fin, nous allons conclure notre travail de recherche par une conclusion générale.

La problématique
Et
hypothèses

1- Problématique

La consommation d'alcool est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Elle est associée au risque d'apparition de problèmes de santé tels que les troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l'égard de l'alcool, des maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains cancers et des maladies cardiovasculaires, ainsi qu'à des traumatismes résultant d'actes de violence et d'accidents de la circulation ; L'usage nocif de l'alcool peut également avoir des effets sur d'autres personnes, telles que les membres de la famille, l'entourage, les collègues ou des étrangers. En outre, il a des effets sanitaires, sociaux et économiques importants sur la société en général. Selon l'OMS l'alcoolisme est : « une maladie et le définit comme des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool. Cette perte de contrôle s'accompagne généralement d'une dépendance physique caractérisée par un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation, une dépendance psychique, ainsi qu'une tolérance nécessitant d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. (Adès et Lejoyeux, 1997, p. 68)

Les études épidémiologiques montrent une prévalence de troubles de la personnalité en cas de dépendance à l'alcool qui oscille entre 30 et 80%, chiffre beaucoup plus élevé que dans la population générale. Ces études ont infirmé les concepts de personnalité additive et celui de personnalité pré-alcoolique des psychanalystes. Il n'existe pas un type particulier propre aux alcoolodépendants, par contre on peut retrouver dans cette population tous les types de troubles de la personnalité. La prévalence des troubles de la personnalité est souvent surévaluée du fait de la présence surajoutée de troubles provoqués par l'alcool. (<http://www.arreterdeboire.fr>).

En 2012, le nombre de décès lié à la consommation d'alcool s'est chiffré à 11.8 hommes et à 9.7 femmes, sur un échantillon de 100 000 personnes. Les maladies attribuables à la consommation d'alcool, notamment la cirrhose, ont touché 6.5% des buveurs et 21.8% des buveuses algériennes.

Au cours de la même période, les accidents routiers liés à la consommation d'alcool ont provoqué la mort de 35 hommes buveurs et de 12.6 femmes consommatrices, sur le même échantillon. ([Http://www.huffpostmaghreb.com](http://www.huffpostmaghreb.com))

La Problématique de recherche

Notre environnement social est en quelque sorte la génératrice de notre image personnelle. Le milieu familial constitue probablement à lui seul le plus important et le plus durable des systèmes de référence sur ce que nous pensons être. Hess et Handel (1967) affirment que, pour connaître la personnalité d'un individu, il semble essentiel de rattacher la nature de son individualité d'abord à sa famille, car c'est là qu'elle se développe. En vivant au sein de sa famille, chaque individu développe une image de lui-même et des membres qui l'entourent ; chacune de ces images est chargée d'une très grande importance émotive, dépendant à la fois de celui qui donne l'image et de celui qui la reçoit. **(Drolet, M. 1972, p. 222-241)**

L'estime de soi reflète les tendances de la personne à avoir confiance en elle-même, à s'aimer, à s'apprécier, à se considérer comme une personne qui a de la valeur et de l'importance : Egalement, l'estime de soi peut nous faire voir si la personne doute de sa valeur et ne s'apprécie pas ou encore si la personne est anxieuse, dépressive, malheureuse et si elle a peu de confiance en elle-même. **(JAMES, W, 1971, p. 203)**

Une bonne estime de soi facilite l'actualisation de notre potentiel comme être humain. Celui qui s'estime à tendance à mettre ses aspirations de l'avant et à se développer. Au contraire, l'individu dont l'estime est faible peut facilement renoncer à repousser ses limites. Souvent il n'a pas confiance d'en être capable mais d'autre fois, il s'abstient de voir grand pour sa vie parce qu'il a l'impression de ne pas le mériter. Il se trouve alors dans un cercle vicieux dont il ne découvre pas toujours l'issue. **(Michelle Larivey, 2002, p. 300)**

Selon Branden (1967), la basse estime de soi chez l'alcoolique signifierait que ce dernier possède la conviction profonde de sa non- efficacité et de sa non- valeur véritable.

Il ressort donc que l'estime de soi négative joue un rôle central dans ce phénomène de l'alcoolisme et que cette estime de soi négative pourrait venir du milieu où se trouve l'alcoolique. On pourrait se demander maintenant ce qu'il advient de l'estime de soi chez l'alcoolique lorsque ce dernier consomme de la boisson. Les auteurs sont loin de s'entendre sur cette question comme nous allons le constater avec l'exposé de certains résultats contradictoires. **(VANDERPOOL, G.A, 1968, p. 59)**

La Problématique de recherche

Une recherche menée par Connor (1962) entre en contradiction avec les résultats obtenus par Schenkel (1967) ; ainsi, l'auteur obtient des indices d'une meilleure acceptation de soi chez les alcooliques après une certaine période de sobriété. D'autre part, Connor (1962) et Schenkel (1967) nous confirment que plus l'alcoolique a une piètre perception de lui-même, plus il consomme de l'alcool.

Schenkel (1967) trouve une relation négative significative entre le concept de soi de l'alcoolique et sa motivation à boire, ce qui revient à dire que l'individu qui a une perception positive de lui-même sera peu motivé à pratiquer la sobriété. Selon Schenkel (1967), on pourrait interpréter ce résultat par le fait que l'alcoolique présente une estime de soi élevée à la réalité de ses échecs, réactions qui se traduisent en une fierté de nature défensive ou à un optimisme irréaliste. **(CONNOR, R.G, 1968, p. 455-467).**

A la lumière des recherches et des études antérieures et toute la documentation on pose cette question :

Est-ce que les personnes alcooliques présentent un problème de l'estime de soi ?

2- Hypothèses :

LES hypothèses de cette recherche sont en lien avec la problématique et sont développées

- Les personnes alcooliques présentent un problème d'estime de soi.
- Les personnes alcooliques présentent un niveau d'estime bas.

Chapitre I

La personne alcoolique

Préambule :

L'alcool, ce mal aimé, est indissociable de la vie sociale et culturelle, présent à toutes occasions de la vie sociale, que ce soit en tant que « remontant » ou à but festif. Il peut pourtant engendrer de nombreux dégâts : physiques, psychologiques, sociaux, professionnels ... L'alcoolisme est un fléau qui touche toutes les catégories de la population, de tous horizons et de tous âges.

1-L'histoire de l'alcool :

Al khôl, d'origine arabe, outre le fard pour les yeux, signifie « subtil », avec en arrière-plan le mensonge ou l'illusion. Il est l'un des plus anciens psychoactifs consommés. Il était en effet déjà connu aux prémices de l'humanité, lors de la découverte de la germination et de la fermentation. On en retrouve des traces des « 6000 Av JC - Des documents de l'ancienne Babylone révèlent.

L'existence de la bière qui est utilisée lors de cérémonies religieuses ; ». Utilisé un peu partout sur le globe, il est à la base de nombreux rituels religieux ou chamaniques. Au fil des millénaires, son utilisation se popularise d'abord pour les festivités dominicales en France, notamment les réunions familiales. Puis, jusqu'à nos jours où il prend une place de choix dans les fêtes ! De même, l'alcool s'est positionné de façon particulière au niveau de la médecine où il servait d'anesthésique durant les batailles napoléoniennes. Avant, Hippocrate exploite ses vertus antiseptique et antipyrétique. Il lui prête aussi une efficacité purgative et diurétique. Les grecs cependant décrivaient déjà des phénomènes de cirrhose avec ses complications. Outre ses effets sur le comportement, il est aussi symbole de virilité, de rites de passage, de force ou encore de courage. Ce qui, petit à petit, a entraîné des déboires auxquels les autorités ont dû faire face.(www.alcoolespace.com/infos_7.html)

L'alcoolisation et l'alcoolisme sont connus depuis l'antiquité et universels a quelques exceptions et nuances près, qui peuvent être fort instructives si l'on tient compte des diversités symptomatiques. (Jean-Paul Descombey, 1994, p.14)

Il est admis que depuis l'aube de l'humanité ;les premiers hommes avaient observé qu'un jus de fruit exposé à l'aire libre devenait en quelque jour ,grâce aux levures ambiantes ,un breuvage ayant des propriétés psychotropes spéciales ,celles-ci furent d'abord utilisé à des fins mystiques et sacrés avant de servir au usages profanes.(H.Blouche ,E.Dépret et Coll. 2002 ,p.39-40)

Quartés millénaires avant Jésus-Christ, la bière et le vin étaient connus des sumériens et peut être aussi des chinois. Plus tard chez les grecs, en parle expressément dans (l'Iliade et l'odyssée),

tandis que ces boissons sont fabriquées en Chaldée, en Judée, Palestine et surtout en Egypte. Les progrès de la médecine permirent vers 1850 de faire lien entre absorption exagérée d'alcool et certaines maladies des buveurs .le Dr Mangus Huss, suédois, avait e effet publié en 1849 un mémoire intitulé alcoolisme chronique ;introduisant ,toujours entaché d'alcoolisme pour la première fois .l'ivrogne ,toujours entaché d'opprobre dans l'opinion ,devenait un malade (par sa faute) pour le corps médical, toutefois quand il présentait une maladie due à l'alcool .Or .tous les consommateurs excessifs d'alcool ne souffrent pas obligatoirement de dommages somatiques .

L'alcoolisme qui désignait d'abord les maladies provoquées par l'alcool, désigne donc ensuite les conduites délictueuses par excès éthylique. C'est l'alcoologie de Pierre Fouquet, vers 1950, qui a donné au terme d'alcoolisme son caractère compulsif et involontaire dans sa définition : « l'alcoolique est celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de l'alcool. » les classification d'alors distinguent une dépendance physique ,c'est-à-dire la nécessité de continuer à boire de l'alcool pour éviter les troubles de sevrage, et une dépendance psychique , c'est-à-dire la compulsion à poursuivre l'alcoolisation excessive en l'absence d'appel physiologique .(Michèle Monjauze,2002,p103)

1-1-Deux événements majeurs marquent l'histoire d'alcool :

1-1-1 Au 7 siècle : Après Jésus -christ, Mahomet prohiba la consommation de toute substance pouvant nuire à la pureté de l'âme en particulièrement celle de vin, après la mort de prophète, les conquêtes arabes balayèrent pendant des siècles l'usage de l'alcool chez tous les peuples islamisés.

1-1-2 la découverte de l'art de la distillation : à la fin du premier millénaire ne fut connue en Europe qu'au 12ème siècle (Raymond Lulle et Arnaud Villeneuve), bien qu'il ne soit pas établie si l'invention de l'alambic due aux grecs ou arabes.

L'eau de vie (Aqua vitae) obtenue grâce à ce procédé ne fut connue comme boisson qu'à partir du 17ème siècle, ayant été jusque alors réservée à des fins pharmaceutiques : préparation des teintures, et à des fins thérapeutiques pour conserver la jeunesse et prolonger la vie.

Depuis Platon, jusque à Huss, médecins, philosophes, hommes d'église, juristes, écrivains et poètes avaient reconnu le double visage des boissons alcooliques fermentées ou distillées : ferments de réconfort , de joie ,de convivialité et (de santé) ,mais aussi pour certaines sources de misère et de déchéance .D'où , Dans la littérature mondiale, soit des hymnes de glorification excessive, soit des

condamnations véhémentes, par exemples (après la prohibition islamique, la prohibition des États-Unis de 1919 à 1933). l'eau brûlante ayant reçu le nom alcool vers 1635 (bowehave).

Le terme même d'alcoolisme a été introduit par Magnus Huss (1852). En France Magnan (1874), Lasègue (1881), Legrain (1889), Garnier (1890), Mignot (1905), font des descriptions parfois pénétrantes (sur le delirium comme rêve par exemple par Lasègue) accompagnés parfois de considérations éthiopathogéniques sur la dégénérescence, moralisantes et passionnées : les classes dangereuses, parallèlement, les allemands, Kraepelin, Heilbronn et Bonhoff, Forel et le suisse Bleuler apportent des contributions cliniques capitales. Les premiers élèves de Freud : Abraham Ferenczi, Tausk, sont cités partout, mais aussi restent marginaux. (**Ibid. p.39-40**)

À la période contemporaine, se développent des recherches dans trois directions :

- Psycho-sociale pathologique : étude des conjoints, des familles, du milieu social ; épidémiologie, anthropologie culturelle ;
- Essai de nosographie clinique avec Jelinek (Yale center of ALC.STUDIES) et Fouquet en France
- Enfin, étude des déviations du métabolisme de l'éthanol, des phénomènes neurochimiques (membranaires en particulier), il suit souvent une conception algologique, qui sous prétexte de réduire l'impérialisme psychiatrique ou d'éviter la psychiatisation systématique, tend à méconnaître les études psychopathologiques ; les doctrines officielles actuellement prônées en offrent une caricature ou, à la notion d'alcoolique, jugée moralisatrice, est substituée celle, très réductrice, de buveur excessif, tout aussi moralisante (et critiquée par Hillemand qui préfère celle de consommateur à risque, la pathogénie en paraissant purement toxicologique et alimentaire. (**H.blouche, E.depret et coll, 2002, p39.40**)

2- Définition du mot alcoolisme :

1- Dépendance à l'égard de l'alcool et ensemble des manifestations pathologiques dues à cette dépendance.

2- perte de la liberté d'abstenir d'alcool.

L'alcoolisme mot créé vers 1849, longtemps considéré par les classes dirigeantes comme l'apanage exclusif des classes laborieuses, fut d'abord rapporté à la consommation excessive des seules boissons distillées, alors que les boissons fermentées (vin et bière) étaient réputées

(hygiéniques), et sans danger .ce n'est guère qu'après la seconde guerre mondiale prévalut, que des recherches objectives furent entreprises et que des échanges internationaux , avec la participation de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S). (**Larousse, dictionnaire fondamental de la psychologie, 2002, p. 49**)

2-1- ALCOOLITE :

Une des formes cliniques des Alcoolopathies, la plus répandue chez L'homme, qui se manifeste par une consommation sociale dès la fin de l'adolescence, avec de rares manifestations d'ivresse. L'évaluation est lente pendant 10 à 20 ans avant l'apparition de manifestation hépato-digestives ou troubles du comportement.

2-2- ALCOOLOPATHIE :

Etat comportemental essentiellement constitué par des troubles de la tolérance à l'éthanol et par l'installation d'une dépendance à l'égard de ce produit.

2-3- Alcoolose :

Une des formes cliniques des alcoolopathies, très fréquente chez la femme. Le facteur psychique est dominant : angoisse, dépression, faible tolérance aux frustrations, troubles de la sexualité, déséquilibre psychopathique, état limites. (**Ibid., p51**)

3-Définition de la personne alcoolique :

Un malade alcoolique est un sujet alcoolo-dépendant : il ne peut contrôler durablement les quantités d'alcool qui prend. il boit pour les effets psychique que procure l'alcool : l'euphorie, l'oubli, le courage d'affronter une situation qu'il redoute ...le type d'alcool devient de plus en plus accessoire à mesure que le sujet s'enfonce dans la dépendance .pour le corps, ce qui compte est la quantité d'alcool et non la qualité de l'alcool .peu importe la millésime ou le bouquet :grand cru ou vinasse ,le résultats est le même .certains alcooliques disent qu'ils détestent le goute de l'alcool.

Un malade alcoolique ne bois pas forcément de l'alcool tous les jours .certains n'es consomment pas lors des repas ou lors des cérémonies festives .le manque, ce besoin irrépessible de boire, s'exprime a des horaires et a des moments variables selon les individus. L'alcoolisation s'impose plus ou moins tardivement dans la journée, ou elle intervient, au contraire, dès le réveil, voire la nuit. On distinguée la défonce du samedi soir des jeunes, L'alcoolisation solitaire et cachée

de la femme (mais presque tous les alcooliques finissent par se cacher pour boire), le glissement progressive de la consommation excessive vers une conduite moins en moins contrôlée et, par conséquent, pathologique.

Le risque alcoolique existe à partir d'une consommation de trente grammes d'alcool par jour pour une femme et de quarante grammes d'alcool par jour un homme. Chaque verre, en tenant compte de ses variations de volumes en fonction du type d'alcool, contient environ dix grammes d'alcool.

La condition de malade n'est pas négociable dans le dialogue avec l'alcoolique. Si on veut lui être d'une quelconque utilité, il faut commencer par lui faire admettre qu'il a un rapport « maladif » à l'alcool. Cette acceptation peut demander du temps : l'alcool donne au sujet une grande force pour nier les évidences les plus criantes. Au début de sa dépendance, il essaie parfois d'en parler à son entourage. Mais celui-ci refuse la plus part du temps de l'entendre : il pense que l'alcoolisme est un vice et ne le vit pas (encore) le sujet comme « vicieux ». Quand il est enfoncé dans sa dépendance, l'alcoolique refuse au contraire d'admettre ce qui a fini par s'imposer à ses familiers comme une vérité pathologique (Henry Gomez, 2002, p. 9-10)

4- Les types de consommation de l'alcool

4-1-La consommation récréative :

De façon générale, la consommation récréative s'avère sans risque. Elle n'entraîne ni problèmes ou complications de santé, ni troubles du comportement pouvant avoir des répercussions néfastes sur soi-même ou sur autrui. (www.educalcool.qc.ca)

4-2-La consommation abusive :

Selon le DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition révisée), la consommation abusive d'alcool se définit comme « un mode d'utilisation inadéquat de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations ci-dessous au cours d'une période de douze mois :

- Utilisation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail

du fait de l'utilisation d'alcool, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

- Utilisation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'alcool).

- Problèmes judiciaires liés à l'utilisation d'alcool (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation d'alcool).

- Utilisation d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres). » (**Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition. P247**)

4-3-La consommation avec dépendance :

Toujours selon la définition du DSM-IV-TR, la dépendance correspond à «un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois » :

- Tolérance, soit la consommation de plus fortes quantités de la substance pour obtenir le même effet.

- Symptômes de sevrage si non-consommation de la substance ou, a contrario, prise de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- Consommation de la substance en quantité plus importante ou durant une période prolongée.

- Tentatives d'arrêt ou de diminution de la consommation de la substance.

- Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à consommer le produit ou à récupérer de ses effets.

- Abandon ou diminution des activités sociales, professionnelles ou de loisirs.

- Consommation en dépit de graves problèmes de santé ou familiaux susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance. Dans le cas présent, la personne souffrant de dépendance à l'alcool risque de rencontrer des problèmes au travail, car il y a contamination des symptômes

objectivables à travers toutes les sphères de sa vie (personnelle, familiale, sentimentale et professionnelle). Les dommages collatéraux seront donc évidents et très éprouvants pour la personne qui tente tant bien que mal de garder le tout secret. (**Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{eme} édition. P.231.232**)

5-L'alcoolisme maladie ou symptômes :

On ne boit pas anormalement par hasard. les conduites alcooliques des parents interviennent par exemple, par des phénomènes d'identification qui pourraient évoquer le phénomène d'empreinte décrit par K. Lorenz chez certains animaux ; aux habitudes culturelles et sociales, très prégnantes dans certaines régions et certains groupes sociaux, s'ajoute une signification psychologique. Dans les alcoolisations pathologiques, l'alcool intervient comme remède à un mal-être : certains sujets ont été soignés pour un état dépressif alors qu'ils ne buvaient pas ; d'autres ont déjà reçu des qualificatifs psychiatriques. Les alcooliques cumulent souvent plusieurs conduites additives : les drogues illicites jalonnent certains parcours ; les médicaments aussi répandus que pernicieuse ; le tabagisme ajoute ses risques propres. Les épisodes de boulimie, les appétences sélectives ne sont pas exceptionnels ; les alcooliques peuvent se révéler de grands buveurs d'eau ; ces traits persistent généralement et, parfois, s'accroissent chez l'abstinent.

L'addiction alcoolique mérite cependant d'être distinguée des autres, en raison d'une irréductible originalité. L'alcool-dépendance est le symptôme d'un mal-être dont les caractéristiques et les origines nous paraissent justifier sans ambiguïté le statut de maladie. Le symptôme, est doté de tout un ensemble d'effets liés à son exercice. Certaines personnes ont un mode de relations proches de ceux des alcooliques sans être pour autant attirés par l'alcool... peut-être leur manque un modèle ou un gène ?

Les alcooliques partagent un certain nombre de caractéristiques comportementales : les dépendances affectives, la difficulté à communiquer, à prendre ses responsabilités, à agir posément, sont des constantes dans l'alcool, en dépit de la diversité des individus. S'il y a des prédispositions génétiques, il faut d'équipement enzymatique explique les effets désagréables de la métabolisation de l'alcool dans certaines populations ; quoi qu'il soit, le facteur génétique de l'alcool-dépendance, encore hypothétique, ne doit pas conduire à minimiser le rôle de l'environnement dans la psychogenèse de la conduite alcoolique. La « prédisposition » est acquise pour l'essentiel. (**Henry Gomez, 2002, p10**)

6- Les boissons alcooliques :

Elles se composent de deux grands groups :

6-1- Les boissons fermentées :

Les vins sont obtenus par fermentation alcoolique du raisin. Ils sont diversifiés à l' extrême en crus fort nombreux : rouge, blanc, rosés, mais aussi selon le terroir en fonction de la saveur et du degré alcoolique. Celui –ci peut varier de 8,5 à 13° et parfois plus pour certains vins doux naturels, la bière est obtenue par fermentation alcoolique d'un mout fabriqué avec du houblon et du malt d'orge pur ou associé à 30% au plus de grains d'orge crus , la bière titre entre 4 et 9° d'alcool selon qu'il s'agit d'une bière blonde de table ou d'une bière brune de lux .les cidres et poirés proviennent de la fermentation du jus de pommes ou de poires fraîches avec ou sans addition d'eau et titrent de 5°à 6°.L'hydromel, probablement la tout première boisson alcoolique, s'obtient par fermentation d'une solution de miel dans Léau de pluie .

6-2- Les boissons distillées :

On trouve parmi celles-ci les eaux-de-vie. Alor que les boissons fermentées ne peuvent avoir un degré d'alcool supérieure à 16°, les eaux de vie titrent de 40° à 50° : par exemple, les eau-de-vie les de cidre type calvados(40°),les eau-de-vie de fruit type kirsch (50°), les eau-de-vie de grain type whisky , gin , genièvre ,vodka , aquavit ,rhum industriel ou agricole (jusqu'à 50°).les spiritueux sont des apéritifs à base de vin (porto,20°,madère,17°) ou à base d'alcool (anis ou pastis,45 à 50 °) ou encore des bitters . Les liqueurs ou digestifs sont des boissons très sucrées à base d'eau de vie fortement aromatisée titrant de 15 à 60°. (**Larousse, le grand dictionnaire de la psychologie, 2002, p.38**)

7- Quelques caractéristiques de la personne alcoolique :

7-1 - Premières impressions :

Chaque alcoolique a une personnalité qui lui est propre, estompée ou exacerbée, selon les cas, par l'alcoolisation. Le soignant va devoir compter avec cette personnalité.

L'alcoolique ne Présente pas d'une manière uniforme : quoi de plus dissemblable en apparence que les alcooliques que nous côtoyons ? Mais que faire des impressions de déjà entendus et de déjà vu que l'on retire de l'écoute et de la fréquentation des alcooliques ? La diversité interdit –

elle une relative unité psychologique des sujets alcooliques, une question vient à l'esprit d'un béotien : n'existerait-il pas un tronc psycho-pathologique commun chez ces malades ? (**Henry Gomez, 2002, p.112**)

7-2-Les sujets obsessionnels :

vont s'approprier plus aisément que les autres la dimension du temps, représentée dans la galère « d'un jour à la fois », cette révolution culturelle qui incite l'alcoolique à vivre au présent. Les autres devront apprendre à devenir un peu « obsessionnels » d'un point de vue thérapeutique. Alcoolique doit s'en inspirer, il a une singularité de plus que les autres : elle lui donne la possibilité de rejoindre le camp imprécis de ces non-conformistes.

7-3 - Un comportement hystérique :

Est un handicap tant que l'intéressé(e) n'a pas compris comment il agit et réagit : L'hystérique donne a voire mais ne sait pas prendre ou donner ; pour se sortir de l'alcool, ce jeu conduit à l'échec. Il faut réellement prendre, réellement donner, fondé une relation avec sur L'honnêteté intellectuelle.

7-4 - Les sentiments phobiques :

L'alcoolique doit apprendre à surmonter sa phobie du groupe, sa répugnance à apprendre à surmonter sa phobie du groupe, sa répugnance à prendre la parole en publique : il doit apprendre à tolérer l'autre, même quand il est dans l'alcool et la confusion, mais aussi a se faire respecter de lui .pour la phobie de solitude, certains d'entre eux iront, Plus volontiers dans les groupes pour retrouver une chaleur affective mais ils devront aussi y exercer leur sens critique.

7-5 - L'angoisse :

Certaines alcoolisations sont l'aboutissement d'angoisse panique. Cependant, L'existence de manifestation anxieuses, paranoïaques, phobiques, hystériques ou obsessionnelles ne suffit pas a arrêté de façon définitive un diagnostic psych-pathologique.il y aurait quelque paradoxe à donner un statut structurel a ces traits de personnalité Alor qu'on maintient le rapport à l'alcool au rang de symptôme. (**Ibid. P.113**)

7-6 - Le désir « tout ; tout de suite » :

Les alcooliques acceptent assez mal la nésite d'un investissement thérapeutique de durée indéterminée et se lassent prématurément de l'astreinte qu'il représente. Ils vont difficilement admettre l'imparfait, le partiel, l'objet désirai savoir l'abstinence, cessera d'être apprécié sino obtenu,

certaines vont avoir tendance à vivre en oubliant qu'ils sont alcooliques. Autre aspect de cette impatience : une mauvaise perception des propriétés : on prend un travail rémunéré avant d'avoir conforté son abstinence, on choisit une formation professionnelle tout en gardant l'alcool.

7-7- La difficulté à entendre et à communiquer :

L'alcoolique a longtemps des difficultés à entendre, à communiquer, à verbaliser. Au début de son stage, un malade me contredisait systématiquement. Alors qu'il répétait ensuite ce que je venais de formuler, il ne s'agissait pas de volonté de s'opposer mais d'une incapacité à entendre ce que je lui disais.

7-8- Vivre sous le regard de l'autre :

Le sujet immature perpétue à l'âge adulte cet état d'esprit, qui consiste à se définir dans le regard des autres : cette disposition est dangereuse chez l'alcoolique. Pour exister, il doit échapper au regard envahissant des autres et s'affirmer malgré les autres, mais non contre eux : par exemple être abstinent comme barman, est possible quand un alcoolique actif mais ce nouveau savoir-faire exige un savoir-être, qui va plus loin que le choix de ne pas boire. (**Ibid. p.115**)

7-9- Le besoins de protection :

L'enfant a besoin de la chaleur du foyer familial, du réconfort sans conditions procuré par la tendresse maternelle. L'alcoolique cherche souvent par l'alcool à s'isoler au sein d'une enveloppe qui protège des couleurs et des peurs. Le syndrome de cocon se retrouve avec l'hospitalisation : l'alcoolique, qui ne pouvait s'empêcher de boire un seul jour avant hospitalisation, cesse de boire sans difficulté dès l'entrée dans le service. (**Ibid. p.117**)

8- Les facteurs du syndrome alcoolique :

8-1- Les facteurs psychologiques :

La consommation pathologique d'alcool est liée à ses effets psychotropes : le plaisir pour beaucoup, et l'annihilation de l'angoisse pour certains. Or, l'angoisse, symptôme majeur de la pathologie mentale, peut selon J. Berjeret être l'expression d'une structure névrotique ou d'une structure psychotiques, ou celle de certains états limites. Le recours à l'alcool peut apaiser les tensions, mais temporairement, il nécessite de nouvelles libations, ce qui peut être une voie d'entrée dans la dépendance.

La psychiatrie traditionnelle s'est montrée peu féconde dans ce secteur, sauf en ce qui concerne les relations entre alcoolisme et dépression. La psychanalyse a mis en cause des anomalies ou des altérations des schémas identificatoires initiaux, et des déficits narcissiques. Mais l'ensemble des travaux actuels ne permet de tracer aucun profil type. (H.Blouche, E.Dépret, et Coll. 2002, p.49)

8-2- Les facteurs physiologiques :

Ils constituent l'ensemble des dispositions somatiques ou des prédispositions atypiques susceptibles d'influencer la vulnérabilité et la tolérance à l'alcool. Plusieurs hypothèses relatives aux mécanismes biochimiques ont été émises : au niveau des neurotransmetteurs, au niveau du métabolisme cérébral et au niveau des membres mentaux en fonction de leurs structures. Les travaux de ce type sont au centre de l'intérêt des chercheurs contemporains. De même, des études génétiques qui posent les problèmes de la transmission d'une disposition héréditaire provoquent une vulnérabilité innée à l'alcool ont mis en évidence grâce à l'observation de jumeaux ou d'enfant adoptés, (la part probable d'un facteur héréditaire). (Ibid. p.49)

8-3- les facteurs socioculturels :

Par facteur socioculturels, on entend l'ensemble des influences qui exercent sur individus tant qu'il appartient à certain milieux, qui fait partie d'un groupe définie.

L'Influence de la structure de société, rurale ou urbaine, dans lequel vit l'individu joue un rôle important. De plus cet individu évalue à un niveau professionnel stable ou variable à l'intérieur de la pyramide social .Enfin, les modalités de son éducation, la position de son groupe sociales vis-à-vis de l'alcoolisme présent sur les conduites individuelle ou collectives.

Les attitudes culturelles à l'égard de l'alcool s'expriment dans les enquêtes d'option publique. L'alcool symbolise et évoque beaucoup plus les réunions agréables et bons repas que les déchéances éventuelles qu'il peut entraîner tout en rejetant l'alcoolique, donc l'opinion publique admettent le mythe de l'ivresse joyeuse et virile.

8-4- les facteurs économiques :

Ils constituent l'ensemble cohérent des éléments concernant la production, la distribution et la consommation d'alcool ainsi que les pressions exercées sur le groupe ou les individus qui ont des intérêts engagé dans ce secteur de l'activité .Exemple : la France est le premier producteur mondiale du vin, avec les producteurs de bière, de cidre, d'eau de vie, avec aussi tous ceux qu'ont affaires aux commerce ou aux industrie des boisson alcooliques .

On compte 3.5 Million de personne, sont plus de 10% de population active, si l'on ajoute 20 des exportations agroalimentaires française sont constituer par les boissons alcooliques ont mesuré l'importance des intérêts en jeu les prix du vente sont relativement bas. **(Ibid., p.50)**

9- L'alcoolisme féminin :

Il frappe surtout les femmes célibataires et ne travaillent pas en effet l'alcool n'est pas liée à la vie sociale des femmes ; comme celle des hommes qui ont comme cela des lieux publics café. **(J .Paul Descombey, 2002, p.54-55)**

La femme alcoolique aurait eu à subir une emprise maternelle violente dès les premiers moments de son existence et qui aurait touché le corps même. C'est le terme de « marquées au fer rouge » qui me vient spontanément à l'esprit, quand j'évoque ces femmes qui, pour reprendre une expression de M.-C. Célerier, « n'ont pas appris à un être une bonne mère pour leur corps ». Si l'auteur situe cette attitude, pour la pathologie psychosomatique quand le « holding » semble avoir été défaillant, que dire lorsque le corps a été réellement agressé? Ce qui me semble confirmer cela n'est pas le récit ou la parole de la femme alcoolique, qui se doit de sauver à tout prix l'image d'une mère idéale, mais bien plus le peu de soin et de respect fondamental qu'elle peut apporter à son propre corps, et sa fuite désespérée de toute emprise. Et si parfois, certains faits terrifiants de cette relation mère-fille ne sont rapportés, cela sera dit d'une façon désaffectée et banalisée. **(B .Faoro .Freit ; 2001, p.36-37)**

Les raisons qui conduisent à l'abus d'alcool sont bien différentes selon le sexe. "Les femmes boivent plus souvent pour combler un vide affectif, surmonter des difficultés personnelles, le divorce ; perte de travail, les conflits entre vie conjugal et familiale et travail. **(J .Paul Descombey, 2002, p.55)**

9-1- Trois faits qui caractérisent la femme alcoolique :

9-1-1- Culturellement :

Les normes sociales qui régissent notre vie, restreignent l'accèsion de la femme À l'alcool. En effet, l'image culturelle de la femme épouse, mère, et gardienne du foyer Détermine les standards de consommations d'alcool de la femme.

1- La norme de lieux : il est souvent plus accepté de voir une femme boire à une Fête, à la maison ou chez des amis plutôt que dans un bar.

2-La norme de fréquence : il est plus malvenu pour une femme d'enchaîner les Tournées.

3- La norme de choix de boissons : certains alcools sont plus mal vus pour une Femme (comme la bière) que d'autres.

Ainsi, lorsque la femme boit en dehors des rituels sociaux, elle est exclue car, de Manière symbolique, elle transgresse les normes. Cette exclusion peut expliquer le Mutisme des femmes face à l'alcool ainsi que leur consommation solitaire, clandestine, Dissimulée et culpabilisée.

9-1-2- L'isolement :

Pour la femme la solitude la solitude est impossible de supporter, le sentiment de d'incompréhension, d'abandon, la trahison, l'angoisse ; l'insécurité ; le vide. Le caractère essentiel de l'alcoolisme féminin est d'être un alcoolisme caché. Cette clandestinité referme le cercle vicieux de la solitude et de l'abandon. C'est la naissance de la descente dans L'obscurité de la névrose alcoolique qui laisse une sensation d'inachèvement, de morcellement Même.

9-1-3- La maternité :

Adorer ses enfant, être enceinte ; mais La consommation d'alcool durant la grossesse peut avoir des conséquences terribles pour l'enfant, jusqu'au handicap mental. Les problèmes familiaux seraient facteur de risque accrus ; pour cela un bon dialogue prudent exemple de toute intrusion, de toute tentative de moralisation y aiderait. (**Ibid., p56**).

10- La prise en charge :

La prise en charge nécessite un projet thérapeutique à long terme. Si le sevrage physique se règle en quelques jours, la dépendance psychologique nécessite vraiment une prise de conscience de la dépendance à l'alcool. Celle-ci s'inscrit dans un travail commencé en ambulatoire avant toute hospitalisation.

Il faut avoir en tête que les « rechutes » font partie du long processus de guérison. L'arrêt de l'alcoolisation et le vécu de l'abstinence peuvent être ressentis douloureusement par les patients mais aussi par les familles. Cela nécessite une prise en charge des familles, prise en charge s'inscrivant dans le projet thérapeutique du patient. **(H.Gomez ; 2002, p288)**

Il faut être également vigilant quant à la prescription de psychotropes car les sujets alcooliques sont à haut risque de pharmacodépendance.

Le projet thérapeutique comporte plusieurs étapes :

- **L'évaluation** : Il s'agit d'évaluer le type d'alcoolisme ; le contexte social, familial et professionnel ; la demande, si elle est existante ou non ; la motivation du patient quant à l'arrêt de la consommation ; l'état clinique de ce dernier. **(J-Paul-Descombey, 2002, p.84)**

- **L'acceptation du traitement** : Cela nécessite la prise de conscience de la part du patient de sa dépendance et des risques encourus ; le médecin jugera de la nécessité de l'hospitalisation. **(H.Gomez ; 2002, p.189)**

- **Le bilan clinique** : Pour déterminer l'existence de pathologies ou de complications somatiques etc.... **(J-Paul, Descombey, 2002, p.33)**

- **Le choix de la prise en charge psychothérapeutique** : Aussi bien individuelle que familiale. Ce soutien psychothérapeutique est souvent commencé avant le sevrage et se poursuit au-delà. L'aide individuelle peut être une thérapie de soutien, une thérapie d'inspiration psychanalytique et éventuellement une approche du psychodrame. Les thérapies de couple et les thérapies familiales sont un élément fondamental de la prise en charge (approche systémique).

Eventuellement prise de contact avec une association d'anciens buveurs. Ces associations apportent un soutien efficace, par le biais de réunions, de visites à domicile.... Ex : Croix bleue, Vie libre, Croix d'Or, Alcooliques Anonymes....

- **Le sevrage** : Il est possible en ambulatoire, c'est à dire à domicile, lorsque l'entourage familial est bien informé et participant au traitement. Le plus souvent, il se fait à l'hôpital, en service d'alcoologie ou de médecine digestive. Si le patient ne présente pas de troubles psychiatriques associés, il faut éviter de faire le sevrage en service psychiatrique. Le sevrage repose sur l'arrêt de la consommation d'alcool, sur l'hydratation et la rééquilibration hydro-électrique. Il s'agit aussi de supprimer les effets du manque par un traitement sédatif. On traitera aussi les troubles du sommeil

ainsi que les troubles du comportement. La durée du sevrage hospitalier ne doit pas être inférieure à 10 jours. (H.Gomez, 2002, p.29 et 70)

- L'abstinence : Il s'agit de la maintenir, grâce aux réunions dans les différentes associations d'anciens buveurs, grâce à la psychothérapie, grâce à l'entourage. Il est possible de se faire aider par certains médicaments mais aussi de partir en séjour en centre de postcure pour consolider l'abstinence. (J.Paul.Descombey, p.82)

Conclusion

L'individu souffrant d'une dépendance à l'alcool n'a pas tendance à consulter de lui-même. Il a souvent perdu beaucoup d'estime de soi et ne souhaite parler de sa dépendance à personne. Parfois, seule une certaine pression sociale, provenant de la famille, des amis ou du milieu de travail, peut susciter une prise de conscience des conséquences engendrées par son problème de consommation, mais aussi de sa valeur aux yeux des autres en tant qu'individu.

Lors de la rencontre, il est important de ne pas oublier que l'employé peut éprouver une honte ou une certaine surprise face aux différentes observations relevées, lesquelles peuvent le conduire à réagir négativement ou à se replier sur lui-même. Le gestionnaire doit donc garder en tête que son empathie et sa bienveillance seront aussi importantes que sa volonté de vouloir corriger la situation.

Chapitre II

L'estime de soi

Introduction

Nous allons aborder dans ce chapitre l'estime de soi, qui représente l'une des multiples facettes du concept de soi. L'estime de soi est aujourd'hui devenue une aspiration légitime aux yeux de tous ; considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive. La question sur l'estime de soi joue un rôle central dans les difficultés individuelles et sociales qui affectent notre état. Tous ce qui compose notre existence sont déterminés par l'estime que nous avons de nous-mêmes.

1-Le soi :

1-1-Définition de 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 - mêmes.

Plusieurs auteurs ont donné un point de vue différent de concept de soi :

- **L'écuyer** : définit le concept de soi comme une : « structure d'ensemble multidimensionnelle composée de quelques structures fondamentales délimitant les grandes régions globales du concept de soi, chacune d'elle recouvrant des portions plus limitées du soi... caractérisant les multiples facettes du concept de soi et puisant même de l'expérience directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par l'individu » (**L'écuyer.1975,p. 31**).
- **Murphy** : décrit le concept de soi comme « L'individu tel qu'il est connu par l'individu » (**Murphy.1947, p. 996**).
- **Fitts (1965)** : selon lui « Le concept de soi est un aspect organisé plus ou moins cohérent de perceptions que l'individu a de lui - même en tant qu'objet d'observation, qu'acteur ou observateur » (**toulouse.1971, p.02**).

- **Jung** : pour lui « Le soi est le bien virtuel où s'unifient le conscient et l'inconscient. Permettant ainsi la réalisation de la personnalité psychique authentique». (06/03/2017, www.psychologies.com).

Au sens plus large le « le soi » est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement existant.

1-2-Concept de soi et comportement humain :

Pour la psychologie phénoménologique-existentielle, la perception de soi, avec toutes les dimensions qui la composent, apparaît comme un déterminant majeur du comportement. Snygg et Combs (1949) soutiennent que tout comportement sans exception est déterminé par le champ perceptuel de la personne qui agit. Il est de même pour Rogers (1967) qui affirme que la meilleure façon de comprendre le comportement est de l'étudier en regard du cadre de référence interne de l'individu. Snygg et Combs (1949) assurent catégoriquement que l'individu agit d'une façon consistante avec l'image qu'il a de lui - même ou son concept de soi. La représentation consciente de soi, telle qu'elle est perçue par l'individu et dont la somme constitue le concept de soi, sert à guider son comportement.

Toutefois, le concept de soi n'est pas unitaire et l'une de ses principales dimensions semble être l'estime de soi. Avant toute chose, les gens désireraient avoir une opinion favorable d'eux-mêmes (Cooper Smith, 1967 ; Rosenberg, 1968) ; la lutte pour maintenir l'estime de soi à un degré optimal serait la motivation la plus puissante de l'homme ; d'après Drolet (1972) : « Il n'y aurait pas de jugement de valeur plus important pour l'homme, pas de facteur plus décisif dans son développement psychologique et dans sa motivation que l'estime de soi qu'il a de lui - même » (**Pepitone, 1968, p. 222**).

2-Définition de l'estime de soi :

L'estime de soi est une composante importante du concept de soi, et l'un des concepts psychologiques les plus vulgarisés de notre temps, sans doute parce qu'il nous aide à comprendre le périple de notre vie à la recherche du bonheur.

2.1 Selon Cooper Smith : « L'estime de soi est l'évaluation que l'individu fait et qu'il entretient habituellement : elle exprime une attitude d'approbation ou de désapprobation, et indique le degré selon lequel il se croit lui - même capable, important, en pleine réussite et digne. En bref, l'estime de soi est un jugement personnel de mérite qui s'exprime dans les attitudes que l'individu véhicule vers les autres par des communications verbales et par d'autres comportements expressifs. » (**Cooper Smith, 1967, p. 4-5**).

2.2 Selon Rosenberg : « L'estime de soi, est une attitude positive ou négative envers un objet particulier, à savoir, le soi... Une haute estime de soi, telle qu'elle est reflétée dans les items de notre échelle, exprime le sentiment qu'on est « suffisamment bien ». L'individu sent simplement qu'il est une personne de valeur ; il se respecte lui - même pour ce qu'il est, mais il ne reste pas en stupéfaction vis-à-vis de lui - même ni n'attend pas des autres qu'ils restent stupéfaits par lui. Il ne se considère pas nécessairement lui - même comme supérieur aux autres ». (**Rosenberg, 1965, p. 30-31**).

2.3 Selon Daniel Laporte : « L'estime de soi est la certitude intérieure de sa propre valeur, la conscience d'être un individu unique, d'être quelqu'un qui a des forces et des limites » (**Daniel Laporte, 2002, p. 39**).

2.4 Selon Campbell : « L'estime de soi est la conscience d'être quelqu'un de bien » (**Campbell, 1984, p. 09**).

Au sens plus large « l'estime de soi » est l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne ; « il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-à-dire de son degré de satisfaction de lui – même » (**Bolognini et Prêteur, 2002, p. 57**)

3- Les principales caractéristiques de l'estime de soi :

A partir du modèle de Shavelson, Hubner et Stanton (1976, cf. figure 5), Shalveson et Bolus (1982) ont identifié sept caractéristiques essentielles dans leur définition du concept soi.

3.1- Il est organisé ou structuré ; chaque individu organise ses différentes expériences selon des catégories : famille, amis, travail, école...

3.2- Il est multidimensionnel ; les visions que la personne a d'elle - même sont organisées ou structurées en différentes catégories, afin de faciliter le traitement de ces informations. L'individu différencie, par exemple, les aspects du soi « physique », de ceux du soi « social » et « scolaire ». Ces différentes catégories ne sont pas hermétiques, mais en rapport les unes avec les autres.

3.3- Il est hiérarchique ; le concept de soi se hiérarchise depuis les perceptions de nos conduites vers des inférences à propos de soi dans des sous-champs, et des inférences à propos de soi dans différents domaines : scolaire, social, valeur propre... les perceptions relatives à un comportement particulier se situent à la base de la hiérarchie, les inférences sur soi dans un domaine plus large (par exemple, sentiment de compétences sociales, scolaires, sportives) au milieu de la hiérarchie, et on trouve au sommet, un concept de soi global/général.

3.4- Il est plus ou moins stable en fonction de son niveau dans la hiérarchie ; le concept de soi général (au sommet de la hiérarchie) est stable, mais lorsqu'on descend dans la hiérarchie, il devient progressivement spécifique à la situation et est par conséquent moins stable. Les changements dans les perceptions de soi à la base de la hiérarchie peuvent être atténués par les conceptualisations aux niveaux supérieurs, au même titre que des changements dans le concept de soi général peuvent requérir des changements dans beaucoup de situations spécifiques. (A. Rambaud, 2009, p.61)

3.5- Il est développemental ; le concept de soi devient progressivement multidimensionnel avec l'âge. Lorsque l'individu se développe de l'enfance à l'âge adulte, le concept de soi se différencie progressivement en de multiples composantes.

3.6- il présente un caractère descriptif et évaluatif ; de telle sorte que les personnes peuvent se décrire elles-mêmes (« je suis un footballeur ») et s'évaluer elles-mêmes (« je suis un excellent joueur de football »).

3.7- Il est différencié ; en allant du sommet vers le bas de la hiérarchie, la structure devient progressivement différenciée.

Le concept de soi général se diversifie d'abord en deux branches : le concept de soi scolaire et le concept de soi non scolaire.

La branche scolaire comprend quatre facettes : le concept de soi en français, mathématiques, histoire et sciences.

Chacun de ces sous-domaines se ramifie en des concepts de soi séparés et plus spécifiques. La branche non-scolaire comprend trois sous-domaines : les concepts de soi social, émotionnel et physique. Par ailleurs, la réussite scolaire doit être plus fortement corrélée avec le concept de soi scolaire général qu'avec le concept de soi social ou le concept de soi physique, et le concept de soi dans certaines matières scolaires spécifiques (par exemple : français, maths) doit être plus fortement corrélé avec la réussite dans ces matières plutôt que dans d'autres.

Ainsi, ces différentes caractéristiques apportent des éléments complémentaires pour définir l'estime de soi. Cependant, si les auteurs s'accordent aujourd'hui sur la multi-dimensionnalité de l'estime de soi, nous avons constaté que la structure se modifiait avec l'âge. On peut alors se demander de quelle manière se développe l'estime de soi. (A. Rambaud, 2009, p.62.63)

4-les composantes de l'estime de soi :

4.1-Certains auteurs comme Christophe André et François Lelord (1999) proposent 3 assises assurant l'estime de soi :

4.1.1- L'amour de soi : C'est lui qui nous permet de surmonter nos défauts, d'accepter nos échecs et nos fautes. Les deux psychologues le définissent comme le « socle de l'estime de soi » car malgré tous les obstacles et problèmes auxquels l'individu est confronté, il sait intérieurement qu'il est « digne d'amour et de respect ». Cela met en évidence la dimension affective : « s'aimer pour s'estimer ». L'amour que se porte une personne à son propre égard est un processus cognitif : directement influencé par le vécu, les expériences de l'enfance, ainsi que l'affection, l'amour, et l'intérêt qu'on lui a donné durant ses premières années de vie. (C. André, F.Lelord, 1999, p.14)

4.1.2- La vision de soi : Elle se définit par le fait de se reconnaître des qualités et attributs sans tenir compte de l'approbation ou non des autres. Ce regard sur soit même est fondamental, dans le sens où s'il se montre positif, il permettra à l'individu de réaliser ses désirs. A l'inverse, le sujet hésitera ou n'osera pas réaliser ses projets, préférant opter pour un statut passif, par peur de l'échec. La vision de soi ou (l'affirmation de soi) constitue le prolongement de l'estime de soi. Le manque d'affirmation se manifeste par une incapacité à se faire une place parmi les autres, un comportement passif et une inhibition en réponse aux situations quotidiennes. C'est donc la concrétisation de l'estime de soi : sans une bonne estime de soi, l'individu ne pourra s'affirmer dans sa vie quotidienne et sociale. (**Ibid., p.15-17**)

4.1.3- La confiance en soi : On assimile souvent cette notion avec l'estime de soi. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. Ce concept est facilement identifiable, contrairement à l'amour de soi et, surtout à la vision de soi, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. C'est la conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi. La confiance en soi se nourrit d'action, de succès, de choix positifs et de multiples démarches pour pouvoir se développer. Cependant, le mode d'éducation (récompense, valorisation, encouragement), la famille et l'école jouent également un rôle fondamental. (**Ibid., p.17.19**)

Pour conclure, ces trois assises ou piliers de l'estime de soi sont liés, si l'une d'elle est faible les autres s'affaibliront de la même façon. (**Ibid., p.19**)

4.2- D'autres auteurs, comme Robert Reasoner (1995), dégagent 5 sentiments à la base de l'estime de soi :

4.2.1- Sentiment de sécurité : ce sentiment signifie comprendre les limites, connaître les attentes et se sentir confortable et en sécurité. Il constitue la base de l'estime de soi. Celui-ci n'apparaît pas d'un seul coup dans le développement de l'enfant mais se constitue tout au long des relations d'attachement et des expériences réalisées par l'enfant. Afin que l'enfant puisse se sentir en sécurité, il faut répondre à ses besoins fondamentaux.

4.2.2- Sentiment d'identité : il constitue la clé de l'estime de soi car il consiste à se connaître soi-même, et à maîtriser son image sociale. L'enfant se sentira unique et important aux yeux des personnes qui lui sont très chères. C'est l'une des étapes les plus importantes du développement de l'estime de soi. En effet, il est bien complexe pour un enfant de comprendre et savoir qui il est si personne ne le considère réellement.

4.2.3- Sentiment d'appartenance : L'enfant, quel que soit son âge ressent une satisfaction lorsqu'il se sent faire partie d'un groupe : l'enfant a besoin de savoir qu'il compte aux yeux d'autrui. Le ressenti des autres à son égard l'aide à se définir, à modifier sa propre image ainsi que sa valeur personnelle. Ce sentiment se retrouve dans la façon dont il s'habille, les expressions et gestes qu'il use, ou encore les endroits qu'il fréquente. (R.W.Reasoner, 1995, p.81)

4.2.4- Sentiment de détermination : Lorsqu'il s'affirme, l'enfant exprime ses besoins par une demande, mais il réalise aussi que les autres ne les comblent pas obligatoirement ou encore que cela peut demander un certain temps. L'affirmation de sa valeur propre permet à l'enfant d'améliorer l'estime qu'il a de lui-même. C'est en étant décidé à faire reconnaître sa valeur personnelle aux autres que l'enfant renforce aussi « son capital » d'estime de soi.

4.2.5- Sentiment de compétence : ce sentiment suppose d'être capable et de se sentir capable de réaliser certaines choses. C'est au cours des apprentissages et surtout par ses réussites que l'enfant peut au fur et à mesure acquérir ce sentiment de compétence personnelle. (Ibid., 1995, p.82)

5. Les principaux facteurs influençant l'estime de soi :

5.1- La perception des compétences propres :

Selon W. James (1890), l'estime de soi est déterminée par le rapport entre le résultat que nous obtenons et ceux que nous pensons pouvoir obtenir. Il est l'auteur de la célèbre formule :

Il fait l'hypothèse que l'estime de soi ne dépend pas non seulement de la perception que les individus ont de leurs réussites et de leurs échecs mais également de leurs prétentions, c'est-à-dire leurs objectifs de réussite. Selon W. James, un individu n'aurait une forte estime de soi de lui-même

que lorsqu'il atteint ou même dépasse ses réussites effectives alors il aura une faible estime de soi de lui-même. (A. Rambaud, 2009, p.63)

5.2- Les interactions sociales :

C.H. Cooley (1902) est le premier à avoir avancé l'hypothèse que l'estime de soi serait une construction sociale. Il stipule que tout au long de l'enfance et l'adolescence, l'estime de soi se construirait en partie par l'intériorisation des jugements « autres significations » qui sont des personnes saillantes dans l'environnement de l'enfant comme les parents, les enseignants, les camarades de classe ou les amis proches. Il introduit ainsi la notion de « soi-miroir » (Looking-glass self). Pour lui, l'autre significatif est un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte les opinions sur lui-même. Il postule que nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos capacités, de nos faits et gestes. (Ibid. p.65)

5.3- L'environnement familial :

D.W. Winnicott (1958) cité par S. Harter (1998) a particulièrement insisté sur le rôle des interactions mère-enfant dans le développement du soi. Une « mère suffisamment bonne », c'est-à-dire qui répond rapidement et de manière approprié aux besoins de l'enfant, favoriserait le développement d'estime de soi.

5.4- Effet de l'âge :

L'estime de soi diminuerait progressivement pendant la période de la préadolescence pour se stabiliser pendant la période de l'adolescence et finalement augmenter dès les premières années de la vie de l'adulte. (Ibid. p.66-67)

6- Les caractéristiques d'une forte et faible estime de soi :

De nombreux auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font preuve d'une bonne et mauvaise estime de soi, et en particulier à ce que ces personnes pensent d'elles-mêmes, des autres et du monde.

6.1- La haute estime de soi :

Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être heureuse. De plus, elles se sentent « compétentes ». Non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir, mais elles se donnent le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre. Elles pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive et, en particulier, de leur propre bonheur. Elles savent aussi ce qu'elles veulent et sont enclines à agir pour l'obtenir. Comme elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes, gaies, créatives et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que d'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie.

En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales : ni inférieures, ni supérieures et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en général, calmes coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elles-mêmes ni aux autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations parasites. Elles savent aussi très bien écouter. En effet, elles ont la possibilité d'être totalement présents dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaires. **(J.de Saint Paul, 1999, p.21)**

Dans leur ouvrage : (Augmenter l'estime de soi), Diane Frey et Jesse Carlock font le lien entre les personnes qui se réalisent, telle que Maslow les décrit, et les personnes qui ont une estime de soi positive. Ou ils ont tiré ses caractéristiques : elles sont réalistes, s'acceptent, acceptent les autres comme ils sont et le monde tel qu'il est. Spontanées, leurs appréciations des autres est faite sur le moment plutôt qu'à partir des stéréotypes. Autonomes et indépendantes, elles semblent détachées et ressentent le besoin d'un jardin privé. Elles se centrent sur les tâches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes et ne confondent pas la fin avec les moyens. Elles s'identifient avec le genre humain et beaucoup d'entre elles ont une expérience mystique ou spirituelle, bien que pas nécessairement religieuse. Ne cherchant pas obligatoirement à se conformer à la culture ambiante, elles ont en outre des valeurs et des attitudes démocratiques. Si toutes font preuve de créativité et de sens de l'humour, ce dernier est philosophique et non hostile. Enfin, elles choisissent d'avoir des relations profondes avec quelques personnes qu'elles aiment et avec lesquelles elles entretiennent un lien émotionnel privilégié, plutôt que des relations

superficielles.

On aurait tort de croire que de telles personnes sont « parfaites », n'ont jamais aucun problème ou savent les résoudre sur le champ. Une personne qui a une bonne estime d'elle-même est réaliste. Elle sait très bien que nul n'est parfait et elle reconnaît ses limites. Elle s'accepte d'autant mieux ainsi qu'elle sait qu'elle est perfectible et qu'elle a du plaisir à avancer sur le chemin de son développement personnel. Elle peut, comme beaucoup d'autres, se sentir sous pression, déprimée ou anxieuse. Elle est seulement mieux armée pour s'en remettre rapidement car elle décide, consciemment ou inconsciemment que c'est passer et elle compte sur ses ressources pour s'en sortir. Si elle n'est pas satisfaite de la façon dont elle a géré une situation, elle n'en profite pas pour se dévaloriser en tant que personne ou pour invoquer son manque de chance, ou pour blâmer les autres, mais elle réfléchit à ce qu'elle a appris en traversant cette épreuve et en tire des conclusions sur la manière de s'y prendre la prochaine fois dans des circonstances similaires. (*Ibid.*, 1999, p.22-23)

6.2- La basse estime de soi :

À l'inverse, le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre. Pour vivre dans de bonnes conditions dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence. Or, les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres. Ainsi, ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal.

En outre, une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs. Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : Le déni peut être à usage externe, mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur, est que les autres sont responsables. Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir.

Pour les mêmes raisons, un sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif. Même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui.

C'est ce qu'on appelle une projection. Le manque d'estime de soi peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre a tort. Le but est de se rassurer sur ses compétences intellectuelles, sa valeur morale. Il en résulte une vision du monde en termes binaires : il faut que l'autre ait tort pour que j'ai raison, s'il gagne, je perds, s'il a tout, je n'ai rien... Bien entendu, de telles croyances entraînent hostilité et agressivité. (Ibid.1999, p.24-25)

Lorsque les gens souffrent d'une mauvaise évaluation de leur valeur propre, 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 maladive 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 deviennent 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.

(<http://techniquespourlestimesoii.info/blog/caracteristiques-dune-faible-estime-de-soi/>. Le 25-03-2017 à 13h13.)

7- Les théories de l'estime de soi :

7.1- La théorie de Carl Rogers :

Il donne une grande importance à la notion de soi, ou il la définit comme une organisation dynamique d'attitudes et de comportements à l'égard de soi-même dont la principale caractéristique est une tendance à l'unité, non pas l'unité d'une structure fixe, mais celle d'un mouvement créateur de structures. Son œuvre constitue un apport central dans l'explication du vécu expérimentiel et comment le monde est appréhendé. Ceci conduit à nos propres conceptions du monde, ce concept est mouvant dans la mesure où il y a un soi actuel et un soi idéal auquel le sujet aspire. Si la différence entre les deux n'est pas trop grande c'est que la personne est parvenue à un bon ajustement et qu'elle s'accepte relativement bien. Pour lui le « je et le moi » sont réunis, et il soutient que la plupart de nos expériences inconscientes peuvent devenir conscientes quand le besoin surgit. Nos conceptions personnelles du monde peuvent être congruentes ou non aux expériences vécues. Quand elles sont non congruentes, elles donnent naissance à des distorsions de la réalité. Dans ces cas nos réinterprétations de la réalité comme nous voulons qu'elle soit. Rogers a développé une méthode thérapeutique qui permet à la personne d'augmenter ses attitudes positives à l'égard d'elle-même et de diminuer ses attitudes négatives. Comme il a développé aussi, un test simple de différentes formes appelé le Q-sort pour appréhender le soi, trier des qualités, sur des cartes ou apparaissent des qualités comme « l'intelligence, l'optimisme, l'ambition, heureux, impulsif, exigeant et sociable » (Hansenne Michel, 2003, p.356)

7.2- La théorie de George Herbert Mead (1934) :

Il fournit la première description systématique du développement du soi, à partir de la distinction entre le « Je » et le « Moi » de James et du soi reflété de Cooley. Son principe fondamental, que la société est la source du soi. Il s'intéresse à l'évolutionnisme de Darwin. Il croit que la personnalité se construit activement plutôt que passivement, répondant aux stimuli sélectivement et non à tous les stimuli qui se heurtent. Il traite du dualisme du soi, en spécifiant que le soi commence comme

un « Je », mais se forme et se termine comme un « Moi » sous l'influence des contraintes sociales. A la première étape, l'individu prend conscience de lui-même en adoptant l'attitude du groupe auquel il appartient. Il faut qu'il devienne un être social pour saisir son propre « Je ». Il est clair pourtant, affirme Mead, qu'ainsi nous restons dépendant des autres : la plaine personnalité demande de s'en dégager. D'où une seconde étape, ou cependant l'indépendance du soi garde son aspect social. Car, même en se percevant soi-même comme objet pour devenir un « Moi », l'homme s'évalue en fonction des autres, non plus en fonction de tel ou tel autre dont il dépendrait réellement, mais dans la perspective de « l'autre généralisé », formé par les attentes d'un groupe, dans contexte social particulier (famille, travail, loisir). Cette aptitude à la généralisation nous permet de nous libérer à l'égard des autres et de jouir de la pleine possession de nous-mêmes.

Pour Mead, le « Soi », de tous les individus n'est pas semblable, même si le processus social qui façonne chaque « Soi » est identique. Car le soi est appelé à avoir une individualité spécifique, une configuration unique, dans la mesure où chacun appréhende le processus social sous un angle qui diffère sensiblement d'un individu à un autre.

Comme il ajoute, la formation de soi est conséquente à l'élaboration du langage. Les gestes et le langage, qu'il voit comme des produits sociaux, fournissent à l'individu les moyens pour interagir avec les autres et pour différencier entre soi et les autres. Ainsi par exemple, l'enfant dans ses jeux adopte les rôles des adultes afin de les intégrer, pour ensuite se séparer des autres et devenir pleinement lui-même. **(C.Barrier, 1963, p.461-463)**

7.3- La théorie de Charles Cooley :

Cooley (1902), conçoit le soi à travers la référence aux autres personnes. Cette référence sociale recouvre une particularité, celle du (soi-miroir). Pour Cooley, les autres sont, le miroir de soi-même. De la même façon dont nous apercevons notre visage, nos traits, notre silhouette, nos vêtements et notre apparence dans le miroir, et que nous en sommes ou non satisfaits, nous percevons dans l'imagination, dans l'esprit d'autrui, quelques idées de notre look ou de notre allure, de nos manières d'être et d'agir, de nos traits de caractère, et nous en sommes plus ou moins affectés. La conscience que chaque individu a de lui-même est le reflet des idées et des opinions qu'il imagine que les autres ont sur lui-même.

Cooley, ajoute que cette notion du « soi miroir » constitue une des phases principales du processus d'intériorisation par laquelle une personne développe une attitude positive ou négative envers

elle-même. La première phase du processus consiste à imaginer notre allure et notre apparence, dans les yeux ou le regard des autres individus. La deuxième phase consiste à imaginer le jugement ou l'appréciation que les autres portent à l'égard de notre allure et de notre apparence. La troisième phase du processus nous amène à construire une attitude à l'égard de nous-mêmes, allant du respect à la honte, en lien précisément avec le jugement que nous renvoient les autres individus sur nous-même.

Le concept du « soi miroir » coïncide particulièrement avec la deuxième phase du processus d'intériorisation. Le jugement imaginé des autres est fondamental dans la construction du soi. Et, pour Cooley, l'image que chacun se fait de lui-même est le résultat de cet imaginaire individuel qui se développe à partir du regard des autres posé sur lui dans le processus d'interaction sociale.

En résumé, il existe une interaction entre la manière dont une personne se perçoit et celle dont les autres la perçoivent. Ce sont les autres en quelques sortes et, plus largement, la société, qui fait qu'une personne est ce qu'elle est, parce qu'elle fait et agit en fonction du jugement imaginé des autres. (<http://www.naturavox.fr/sante/Moi-et-le-miroir-le-processus-du-Looking-Glass-Self>. Le 27-03-2017 à 14H56mn.)

7.4- L'approche cognitive du soi :

Cette approche a pour principale caractéristique de considérer les processus mentaux comme une succession d'étape, chacune d'entre elle étant consacrée à l'exécution d'une fonction particulière, d'une partie du traitement de l'information, les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentations ces représentations seraient cognitives et affectives.

Ces derniers correspondent aux auto-évaluations positive et négatives de formes verbales, neuronales ou sensori-motrice, au sous forme d'image. La large adoption, ces dernières années pour décrire le soi, alimente l'hypothèse selon laquelle le soi est une structure de connaissance il devient clair que le soi peut influencer chaque aspect de traitement de l'information susceptible de concerner les individus. (M. Delphine, 1995, p.20-21)

Elle a réalisé de nombreux travaux autour de la question de l'estime de soi et plus particulièrement sur les rapports entre concept de soi physique globale et estime de soi. Ils mettent en

évidence un phénomène de dévalorisation de soi qui varie naturellement selon les sexes. En règle générale les filles ont tendance à avoir une bonne image de soi que les garçons.

C'est notamment ce qui mis en évidence par l'étude de P. Estébe, R. Ebstein et C. Gorgea qui porte sur deux communes de la région parisienne présentant des caractéristiques socioprofessionnelles comparable. A une image positive dans la première commune répond la revendication de la construction d'une stratégie d'insertion professionnelle. Au contraire de la seconde a une image négative correspond l'affichage d'une impossibilité de choisir accompagner d'une image de soi fortement dévalorisée.

Elle s'intéresse essentiellement aux mécanismes psychologiques acquis par le sujet pour expliquer l'installation de la maladie ainsi que son maintien accorde une grande importance aux représentations et aux croyances du sujet.

Cette approche, est celle choisie pour répondre à la problématique de notre recherche, car c'est elle qui correspond le mieux à l'outil sélectionné pour l'évaluation de l'estime de soi chez les personnes alcooliques qui est l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (S.E.I).

8- La construction de l'estime de soi :

L'estime de soi est le produit du jugement que nous portons sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi : une idée de qui je suis, et d'un idéal du Moi : une représentation de qui je veux être. Pour comprendre comment se forme l'estime de soi, qui est le produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il donc comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que nous avons de nous-mêmes ainsi que notre idéal du Moi.

Bien entendu, le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi. Il n'est même pas conscient d'être une entité distincte de l'environnement. C'est petit à petit que ce concept va se former, à partir de l'interaction avec la mère et les autres personnes qui entourent l'enfant et en prennent soin. Ces personnes constituent son cadre de référence.

Cet apprentissage précoce est essentiel mais il est capital de comprendre qu'un être humain apprend toute sa vie Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles et fait de

nouvelles expériences, le concept de soi est susceptible d'évoluer. Il est clair cependant qu'il vaut mieux former dans ses jeunes années une impression favorable à propos de soi, des autres et du monde que l'inverse. On évitera ainsi d'avoir à corriger cette mauvaise impression. Si l'on a de nombreuses preuves démontrant que c'est possible, cela peut demander du temps et une certaine énergie.

(J. De Saint Paul, 1999, p.23)

Conclusion

Nous concluons à travers ce qu'on a vu dans ce chapitre que l'estime de soi est une notion très importante de la vie d'un individu et qui peut néanmoins le mener vers la réussite.

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule

Après avoir exposé (03) chapitres qui ont constitués le coté théorique de notre recherche, il est le tour d'effectuer les étapes fondamentales de la méthodologie pour bien comprendre le déroulement et la démarche qu'on va suivre, pour ceux on va essayer dans ce chapitre de présenter les étapes méthodologiques sur lesquelles on s'est basé.

1- définitions des concepts :

1-1- la personne alcoolique :

Une personne alcoolique souffre d'une addiction à l'alcool. Il s'agit donc d'une dépendance à cette substance qui entraîne une perte de contrôle dangereuse. L'alcoolodépendance se définit comme, « toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation ». L'alcoolisme se caractérise notamment par la nécessité progressivement accrue d'augmenter sa consommation, des symptômes de manque en cas d'arrêt de prise de la substance et par toutes les pathologies consécutives à cet excès. L'alcoolodépendance est en effet à l'origine d'une série de troubles à la fois physiques, mentaux et sociaux, car la personne s'isole et s'exclut souvent elle-même de la société. (Pierrick HORDE ; 2015)

1-2- l'estime de soi :

Selon Maslow : « L'estime de soi est un besoin vital de priorité intermédiaire qui ne le cède en importance qu'aux besoins fondamentaux de la sécurité et des liens affectifs et qui a lui-même préséance sur l'accomplissement de soi. De ce point de vue, la recherche de l'estime de soi est une force motrice qui génère la motivation. Pour lui, une fois que la personne a comblé ses besoins physiologiques et sociaux « inférieurs », elle a besoin de s'accomplir pour nourrir son estime de soi, ce qui la rapprochera d'un sentiment de plénitude existentielle. (Alain Ehrenberg, 1998, p.15)

2- définitions opérationnelles :

2-1-la personne alcoolique :

La personne alcoolique est une personne devenu complètement dépendante à l'alcool. Ou toute sa vie quotidienne s'organise presque exclusivement à se procurer de l'alcool, à en consommer et à récupérer de ses effets. Tout en se rendant compte des conséquences manifestement nocives qu'elle produit.

2-2- L'estime de soi :

L'estime de soi est l'évaluation que les personnes font d'elles-mêmes. Elle occupe une position centrale dans l'explication du comportement humain. Il s'agit de la façon dont l'individu s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne. L'estime de soi est une valeur changeante. Elle peut augmenter ou diminuer selon le regard que tu portes sur toi-même, selon tes actions et leurs résultats. Ainsi, il est possible qu'elle soit très haute ou très basse selon les périodes de la vie.

3- Objectifs et justification du choix du thème :

Thème :

L'estime de soi chez les personnes alcooliques.

(Etude de six cas adultes âgés de 32 ans a 60 ans réalisés au centre intermédiaire de soins aux toxicomanes de Bejaia)

3-1 Les objectifs de notre recherche :

Notre objectif dans cette recherche est de mieux analyser le sujet « L'estime de soi de la personne alcoolique » qui est un thème vaste à aborder et ceux pour mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus et apporter un enrichissement à la recherche.

3-2 La justification du choix du thème :

Les motivations qui nous ont poussés vers le choix de notre thème sont multiples et diverse que l'on peut classifier comme suit :

- Le pourcentage élevé des personnes alcooliques en Algérie et leurs souffrances psychiques, nous a attiré à faire ce choix.
- Connaitre la pratique de la prise en charge des personnes alcooliques et comment évaluer leur estime de soi.
- La consommation abusive d'alcool nuit à la santé de la personne, ainsi qu'elle peut complètement détruire sa vie.
- D'après les études statistiques du taux élevé des accidents mortels de la route, la consommation d'alcool est considérée comme la première cause de ce dernier.

- La confiance en soi et la prise de responsabilités sont absente chez la personne alcoolique, cela nous a orienté de faire cette recherche.
- L'importance du sujet alcoolique qui présente l'une des préoccupations de la société.
- Mieux comprendre la personne alcoolique vue l'ampleur que cette pathologie prend dans la société.
- Enfin, l'alcoolisme à long terme peut induire généralement la personne au suicide ou à une tentative de suicide.

4-Présentation du terrain de recherche :

On a effectué notre recherche au sein du centre intermédiaire de soins aux toxicomanes qui est situé au niveau des 1000 logements de la wilaya de Bejaia, dans lequel notre étude a durée de quatre semaines et les services dont il se dispose sont comme suite : Psychiatrie, médecine générale, psychologie, sociologie, éducation, infirmerie et la médecine biologique.

5- Population d'étude et caractéristique de choix :

Notre échantillon d'étude est composé de six (06) personnes adultes tous du sexe masculin qui ont une même souffrance. Le sujet élu dans l'échantillon exige que tous les sujets soient à l'âge adulte. Et en critère d'exclusion on a préféré de ne pas inclure des personnes adolescentes, des enfants, et d'handicapés.

Présentation de la population d'étude :

Les cas	Age	Sexe	Situation familiale
Abdlghani	38 ans	M	Célibataire
Abderrahmane	38 ans	M	Célibataire
Makhloof	49 ans	M	Marié divorcé
Fouad	45 ans	M	Célibataire
Boualem	32 ans	M	Célibataire
Hakim	60 ans	M	Marié

Tableau 01 : Caractéristiques d'un groupe de personnes alcooliques adultes âgées de 32ans à 60ans

6- La méthode et les outils de recherche :

6.1 La démarche utilisée :

La place de la méthode descriptive, notamment dans un programme de recherche, non seulement par les observations et les mesures qu'elles permettent de prendre dans leur occurrence naturelle, mais aussi par la signification approfondie des résultats de sondage par les suggestions et les hypothèses offertes et par la mise en évidence des variables qui agissent les unes suivants les autres. (Chahraoui Khadija et Col, 2003, P. 125-126).

On a choisi l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive pour notre recherche, pour essayer de décrire le plus précisément possible le problème d'estime de soi chez la personne alcoolique. Pour cela, on va rassembler un grand nombre de données issues de notre entretien semi directif avec la population d'étude également d'autres sources comme les études antérieurs. Dans notre

travail on s'intéresse aux signes physiques et psychiques qui reflètent le niveau d'estime de soi de notre population d'étude.

Donc on va essayer de focaliser notre analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation du niveau d'estime de soi chez la personne alcoolique.

6.2 La pré-enquête :

C'est l'enquête portant sur un petit nombre d'enquêtés ou de documents pour tester les hypothèses et le questionnaire avant d'entreprendre l'enquête elle-même.

Elle est l'une des étapes les plus importantes dans toute la recherche scientifique, elle conduit à construire la problématique autour de laquelle se réalisera la recherche, dans une stratégie de la rupture épistémologique permanente.

Notre étude s'est déroulée au cours du mois d'Avril et Mai du 11 Avril au 11 Mai 2017 au centre intermédiaire de soins aux toxicomanes de Bejaia, les cas choisis dans notre étude ont été choisis au hasard qu'on a vu quatre fois par semaine ou ils sont habituellement suivis dans le but de recueillir des informations.

Notre pré-enquête, nous a permis d'élaborer les questions de l'entretien semi-directif, de choisir notre échantillon et de tester la fiabilité de l'échelle utilisée. Comme elle nous a permis de constater que nos hypothèses étaient suffisamment affinées et que nos techniques d'enquête étaient à retenir. **(Tishibwila I, 2007-2008, P.76).**

6.3 Les techniques utilisées :

Les techniques utilisées sont les moyens qui nous ont permis de collecter les données dans la réalité auprès de la population visée. Selon Mac-Adalard Tremblay, La technique, « est le procédé général utilisé pour recueillir des informations particulières selon une certaine modalité » **(Tremblay, 1998.P.95).**

6.3.1 L'entretien clinique :

« L'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en ce centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves et ses fantasmes » (**Benony Hervé, Charaoui Khadija, 1999, p. 11**).

Il existe trois formes d'entretiens selon l'objectif recherché : Entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif, dans notre recherche l'entretien semi-directif semble le plus adéquat. Pour notre recherche, nous avons choisi l'entretien semi-directif, mené d'un guide d'entretien, portant sur quatre axes. Le premier axe englobe les questions sur les informations personnelles de l'alcoolique, le deuxième axe englobe des questions sur les informations concernant la personne alcoolique. Le troisième axe uni des questions sur les informations de l'estime de soi de la personne alcoolique. Le quatrième axe contient des questions sur les informations de la relation entre la personne alcoolique et son estime de soi.

Pour aboutir notre guide d'entretien on s'est basé sur : premièrement sur les informations qu'on à pu recueillir à partir de notre pré-enquête, deuxièmes sur les études antérieures citées dans le cadre de la problématique, sur quelques lecteurs qui ont été faites et les conseils de quelques psychologues, psychiatres et enseignants.

6.3.2 Echelle d'estime de soi de COOPERSMITH :

Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre population d'étude, on a privilégié un instrument Anglo-Saxon traduit, adapté puis validé par le centre de psychologie appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH (SEI).

- **Construction de l'inventaire :**

La forme scolaire : elle a été élaborée au cours d'une vaste étude sur les origines, les implications et les Co-relations de l'estime de soi. Tous les items et les énoncé étaient formulés de façon à convenir à des enfants à partir de 10 ans .Ces items ont été classé en deux groups : ceux qui reflètent une estime de soi élevé et ceux qui reflètent une estime de soi faible.

La forme adulte : elle a été créée à partir de la forme scolaire, en l'adaptant au monde adulte. Certains formulation ou situation ont été modifiées de façon à convenir aux personnes insérées dans la vie professionnelle, sociale et familiale qui est habituellement celle d'un adulte.

- **Description d'un inventaire :**

l'inventaire de l'estime de soi construit pour mesurer les attitude évaluatives envers soi même dans les domaines, social, familial ,et professionnel (ou scolaire).

Selon la conception de l'auteur, le terme « estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles que soit les circonstances .c'est dans ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacité de réussite, en sa valeur sociale et personnelle qui se traduit par des attitudes adoptées face a des situations de la vie courante.

L'échelle d'estime de soi de COOPERSMITH est constituée de 58 items répartis comme suit :

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

Tableau 02 : Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH

Les items sont aussi répartis selon les composants théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonges.

Echelle générale	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 familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle de mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58

Tableau 3 : Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH

7- procédure de recueil de données :

7.1 Administration :

L'administration de l'inventaire peut être individuelle ou collective. La forme scolaire s'applique aux enfants et adolescent scolarisé, de 8 ans et plus, la forme adulte aux personnes ayant terminées leur scolarisation.

La passation de l'inventaire dure environ 10 minutes. Aux cours de l'administration, il est préalable que l'examineur s'abstient de tout commentaire ou explication que l'emploi du mot « estime de soi » doit être évité.

7.2 Correction :

Le S.E.I se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction, en composant un point par croix apparaissant à travers les repères

Les 5 notes ainsi obtenus : général, social, professionnel ou (scolaire) et mensonge, seront inscrits sur la feuille de réponse. La note totale d'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux 4 échelles : général, sociale, professionnel ou (scolaire). La note à l'échelle de mensonge n'est pas dans le total.

La note maximale est de 26 pour l'échelle général, et de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note de l'estime de soi.

7.3 Grille de correction :

Composantes	Items		Réponses	Notes
Estime de soi général	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 Professionnelle	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 mensonges	positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne ME ressemble pas	0
	négatif	36-45	Me ressemble	0
			Ne Me ressemble pas	1

Tableau 4 : indiquant les corrections des réponses de l'inventaire de COOPERSMITH

7.4 Classement et inter présentation :

Après la correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques et aussi de l'échelle de mensonges.

Nos données se présentent sous forme de fréquence et constituent des données qualitatives. Pour l'interprétation de ces données, on s'est basé sur deux tableaux, le premier retrace le niveau total d'estime de soi en cinq classes, et le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (général, familiale, professionnelle, et mensonge).

Tableau 5 : indiquant les niveaux d'estime de soi

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	<33	Très bas
2	34 à 40	Bas
3	41 à 45	Moyen
4	46 à 49	Elevé
5	50	Très élevé

Source : inventaire d'estime de soi de COOPERSMITH

A partir de ce tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. la première (< 33) qui est la note minimale indiquant un niveau d'estime de soi très bas, le seconde (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés par une évaluation négative d'eux même. Ensuite, la troisième classe (41 à 45) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi. Indicateur d'une évaluation positive de soi. La quatrième, indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considéré comme une bonne estime de soi.

Enfin la cinquième de la dernière classe (50) qui englobent les sujets atteignant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une bonne note maximale.

Tableau 6 : indiquant les valeurs caractéristiques des échelles

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge
Moyenne	22.16	6.70	6.88	6.72	42.46	3.22

Source : Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH.

Ce tableau nous aide à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine où l'estime de soi est la plus basse ou la plus élevée. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note de l'échelle de mensonge. Une note élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi. La note totale d'estime de soi devra être modulée selon les résultats obtenus à l'échelle de mensonge.

Conclusion

Pour conclure, ce chapitre dit méthodologique nous a été d'une aide précieuse, il nous a permis d'ordonner et de bien organiser notre démarche, à travers certaines règles telles que le respect et certaines étapes, ce qui nous a permis d'obtenir des résultats scientifiques.

Après avoir finalisé ces chapitres théoriques et le chapitre méthodologique. On va mettre l'accent sur le chapitre pratique, analyse et interprétation des résultats, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses émises au début de notre recherche.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

1. Présentation des cas et analyse des résultats du test d'estime de soi :

1.1 Le cas de Abdelghani :

Monsieur Abdighani, âgé de 38ans, célibataire, son niveau d'instruction est vraiment bas, 4eme année primaire, il est deuxième d'une fratrie de six, il travaille dans la fonction publique.

Analyses de données de l'entretien :

Notre cas entre dans le bureau de la psychologue avec un air déprimé, il a montré une attitude non coopérative par le début à effectuer cet entretien avec nous, mais il a changé d'avis après l'avoir convaincu et rassuré, il s'est senti mal à l'aise, une humeur dépressive apparaît sur son visage « ... faites vite ... je n'ai pas de temps... pourquoi moi... ». Pour ce qui est de son cas, sa première expérience avec l'alcool était à l'âge de 18ans, au début Mr. Abdelghani n'en buvait que rarement et pour le plaisir « ... c'était la jeunesse... », Mais par la suite, les problèmes familiaux n'en fait qu'empirer son cas, jusqu'à vouloir se suicider à plusieurs reprises, notre cas est devenu complètement alcoolique, il se mit à pleurer « ...tout ça c'est à cause de ma sœur... elle nous a déshonoré... mes parents me détestent... » Mr. Abdighani boit chaque jours, il dépense presque tout son argent en se rendant compte des conséquences « ... je regorge de sang et je tremble... je veux arrêter quand ça me fait mal mais je reprends dès que ça cesse... » Selon lui ses relations familiales et amicales n'ont pas été affectées par le fait qu'il est alcoolique, il s'est montré attristé « ... je n'ai personne... comment voulez-vous qu'elles s'affectent... je ne suis aimé par personne... » Il nous assure avec un sentiment écoeuré qu'il n'est pas satisfait de ce qu'il est devenu, et qu'il ne souhaite la même chose à personne d'autre.

A propos de son estime de soi, Mr. Abdighani est une personne complètement anéantie épuisé de ce que la vie lui a réservé « ... je suis l'ombre... je me hais... je n'ai aucune vision de moi... » Il confirme qu'il n'a aucune relation avec sa famille et qu'il n'a pas besoin d'eux « ... ils ne m'ont rien donné... en ne dirai pas que je suis leurs fils... » En nous parlant de ses qualités « ... je suis généreux, très gentil... je respecte les gens... c'est tout... » Avec un sentiment d'infériorité, il répond à question de la vision qu'a son entourage sur lui « ... ils me voient comme un malade, un ignorant, comme un vaut à rien... ils me font mal avec leurs insultes... » Il rajoute « ... je n'aime pas ma vie comme ça ... Je veux mourir... je vais me suicider... ».

Concernant la relation entre son cas et son estime de soi, Mr. Abdlghani est méprisé par son entourage et même par les membres de sa famille « ... ils me traitent de toutes sortes d’insultes ... je ne réagis jamais... ». Sa famille ne se préoccupe pas de son cas « ils ne me considèrent pas comme un membre de la famille... j’en ai que dieu... » La souffrance le tue, elle est la cause de sa venue ici dans ce centre pour se soigner « ... je souffre... c’est ce centre sui m’a empêché de me suicider jusqu’à maintenant... ». Pour la question de son devenir, il ne nous a pas vraiment redonné le sourire « ... non il n’y’a pas d’espoir pour un meilleur avenir... je suis condamné... je n’ai aucun projet, c’est fini pour moi... ».

Présentation et analyse des résultats du test SEI

Résultats du Test Cas : 01	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d’estime de soi
Abdelghni	08	02	01	03	14	02	Très bas

Tableau : indiquant les résultats de l’inventaire de l’estime de soi de 1er cas.

Les résultats indiquent que Mr. Abdlghani présente un niveau d’estime de soi très faible d’un total largement inférieur à la moyenne (14) ce qui explique une évaluation négative totale de soi. Par rapport aux sous échelles notre sujet a obtenu un score en dessous de la moyenne dans toutes les échelles, commençant par l’échelle générale d’un score de (8), l’échelle social d’un score de (02), l’échelle familiale qui est l’échelle la plus faible d’un score de (03) et enfin l’échelle de mensonges, Abdlghani a eu un score de son tour largement loin de la moyenne par rapport au textes et sa non violence de donner une bonne image de soi.

Ces résultats obtenus sur l’échelle familiale montrent que le sujet atteste une relation médiocre avec les membres de sa famille ce qui explique la note (01) qui est largement inférieure à la moyenne (6.88).

Même chose pour l’échelle sociale, le résultat obtenu confirme qu’Abdlghani vit dans la solitude, exilé de son entourage, n’entretient pas de bonnes relations sur ce plan, vu le score qu’il a obtenu (02) qui est en dessous de la moyenne de cette échelle (6.70).

Sur l'échelle professionnelle, de son tour les résultats ont démontré que le niveau est très bas par rapport à la moyenne (03) sur (6.72) ce qui nous fait savoir qu'il en trouve des difficultés à s'adapter à sa vie et son entourage professionnel.

D'après ces résultats obtenus ont conclus qu'Abdlghani a une attitude négative envers soi et envers la façon dont les autres le perçoivent. Ce qui explique qu'il se sent en dessous des autres, et qu'il ne s'accepte pas tel qu'il est ; le fait qu'il est alcoolique a influencé sur son cas, mais la vie qu'il mène sur tous les plans a anéanti sa valeur et son image.

1.2 Le cas de Abderrahmane :

Monsieur Abderrahmane est un commerçant âgé de 38, célibataire, il est l'aîné d'une fratrie de sept frères, niveau d'instruction 1^{er} année secondaire.

Analyses des données de l'entretien :

Lors de notre entretien avec monsieur Abderrahmane qui s'est déroulé dans le bureau de la psychologue du centre, il s'est présenté avec une humeur amicale, correctement vêtu et d'une mimique souriante, à le voir on dira qu'il ne vit aucun problème, il n'avait aucune crainte à faire cet entretien avec nous « ... je respecte le savoir... j'encourage les jeunes... ». En ce qui concerne son cas, Monsieur Abderrahmane a débuté la consommation d'alcool à l'adolescence dès l'âge de 18 ans, le vide était son pire ennemie, son entourage ne l'avait pas épargné, la mauvaise fréquentation a pris le dessus, ce qui l'a poussé à cette addiction « ... c'est le vide et beaucoup plus mon entourage... je sais, je n'ai pas de personnalité... » L'humeur de notre sujet changeait subitement, un sentiment de dévalorisation apparaît « ... je dépense presque tout mon salaire... le foret est devenue mon chez moi... je me suis fait hospitaliser à plusieurs reprises dus à des overdoses... » En se rendant compte de ce problème, notre sujet se lâche « ... je suis la honte de la famille... ils n'acceptent pas du tout le fait que suis alcoolique... mes amis sont tous comme moi... » Monsieur Abderrahmane s'est montré désespéré « ... je suis fatigué... je ne m'aime pas ainsi... et je souhaite la même chose a personne d'autre... » Ce qui démontre les difficultés du sujet à s'adapter à son trouble.

Pour son estime de soi Monsieur Abderrahmane parait désespéré et à la fois mécontent de sa situation « ... au moment de boire y'a pas mieux que moi... des remords me tue toujours à la fin... je ne me supporte pas... » Concernant sa famille notre sujet n'entretient pas de bonnes relations avec elle « ... je suis souvent en conflit avec les membres de ma famille... je les déçois tout le temps... je sais qu'ils m'aiment ... » En parlant de sa personne « ... je suis une personne plutôt intelligente, gentille honnête et sincère... je ne fais du mal à personne... » Un sentiment de doute survient au moment où on a évoqué la question de la vision de son entourage sur lui « ... je croie que je suis aimé par tout le monde... je ne sais plus... » Tout en baissant sa tête « je regrette les jours où je l'ai mise dans ma bouche... » Faisant allusion à l'alcool.

Pour la relation entre son cas et son estime de soi, Mr Abderrahmane, n'est jamais agacé par personne « ... on me donne plutôt des conseils... », Sa famille vit mal son problème « ... ils veulent que j'arrête à tout prix... ils sont très inquiets... » Sa famille est la principale cause qui la poussé à venir dans ce centre afin de se soigner la preuve, il a été orienté par son père « ... toute ma vie je n'ai fait que les décevoir... il est temps que ça s'arrête... je suis fatigué... » Pour son projet d'avenir notre cas pense à un avenir meilleur que celui-ci « ... j'aimerais guérir, fonder une famille et surtout m'occuper de mes parent... »

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du Test Cas : 2	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Abderrahmane	19	04	04	08	35	05	Bas

Tableau : indiquant les résultats de l'inventaire d'estime de soi du 2eme cas.

Pour ce cas, les résultats obtenus montrent qu'Abderrahmane présente un niveau d'estime de soi bas d'un total de (34) par rapport aux sous échelles, on remarque qu'il a obtenu des scores en dessous de la moyenne dans trois échelles qui sont : l'échelle général d'un score de (19), l'échelle social d'un score de (04) et l'échelle familiale d'un score de (04) ; et un score supérieur à la moyenne dans l'échelle professionnelle (08). En ce qui concerne l'échelle de mensonges

Abderrahmane a eu un score très élevé par rapport à la moyenne (5) ce qui explique son désir intense de donner une bonne image de soi.

Ses résultats obtenus sur l'échelle d'estime de soi social sont inférieurs à la moyenne (04) sur (6.70) ce qui signifie que le sujet n'a pas de bonnes relations avec son entourage, et se renferme sur la société.

Sur l'échelle familiale, les résultats indiquent que le cas n'entretient pas de bonnes relations avec les membres de ses familles vu le score bas qu'il a obtenu (04) sur (6.88).

D'après les résultats obtenus sur l'échelle professionnelle qui sont supérieurs à la moyenne (8) sur (6.72) nous font savoir que Abderrahmane donne une place très importante à sa vie professionnelle et n'entraîne pas de difficultés.

Ses résultats démontrent que Mr Abderrahmane a développé une attitude négative vis-à-vis du test SET, et présente une estime de soi basse, malgré son désir qui manifeste de donner une bonne image, ce qui signifie qu'il se dévalorise et qu'il se sent inférieur par rapport aux autres.

1.3 Le cas de Makhloof :

Notre cas s'agit de Monsieur Makhloof, âgé de 49 ans, marié divorcé, père de trois filles, niveau d'instruction 9^{ème} année moyenne, il est chef du key portier au niveau d'un port, il est l'aîné d'une fratrie de quatre frères.

Analyse de données de l'entretien :

On a effectué notre entretien avec Mr Makhloof dans le bureau de la psychologue du centre. Dès le début il a montré une attitude coopérative, il s'est senti à l'aise et répond d'une façon onctueuse et sans complexe, d'une attitude amicale il nous répond « Je suis tout à vous.... Je répondrai à toutes vos questions... ». Concernant son cas, il a commencé à prendre de l'alcool à l'âge de 16 ans, au début ce n'était qu'un moyen de détente et de loisir entre amis et ne l'en prenait qu'occasionnellement. « ... C'était la belle époque ... » jusqu'au jour de son mariage ou tout a changé ; sa femme n'appréciait pas ses habitudes, ce qui a engendré le divorce. C'est à partir de là que les vrais problèmes ont commencé, notre sujet est devenu complètement alcoolique « ... je bois chaque jour ... les gens boivent de l'eau et moi je bois de l'alcool ... je dépense presque tout mon salaire ... ». Les mimiques de notre sujet ont commencé à changer, il s'est montré désespéré vu

qu'il a tenté de se suicider « ... je me suis ouvert les veines au moment où elle m'a demandé le divorce... je ne peux plus vivre sans eux... » ; Mr Makhloof est complètement détruit « ... je ne suis pas satisfait de ce que je suis devenu... je ne souhaite la même chose à personne d'autre ... » ; Exposant les difficultés du sujet à s'adapter à son problème.

Pour son estime de soi, Mr Makhloof est une personne écœurée qui a perdu goût à la vie, il ne s'aime plus « ... j'ai honte de moi... je n'ose plus regarder dans le miroir... » Sa famille était tout pour lui « ... je les aime trop... leurs photos ne me quittent jamais ... ils me manquent tellement... » Faisant allusion à sa personne « ... je suis très gentil... j'aime faire du bien... tout ça pour mes filles ... » un sentiment de brisement est apparu lorsqu'on a évoqué la vision qu'a son entourage sur lui « ... ils ne croient pas en ce que je suis devenu... » Il s'est mis à pleurer « ... personne ne veut vivre comme sa... je préfère mourir plutôt que sa... ».

Pour la relation entre son cas et son estime de soi, Mr Makhloof n'est jamais agacé par personne, sa famille vit mal son problème « ... je fais semblant d'être bien... mais ils le savent... » Il veut récupérer sa famille c'est les causes qui l'ont poussé ici pour se soigner « ... je sais bien que si je guéris je les récupérerai... » Fait allusion à sa femme et à ses filles. Pour la question de son devenir on pourra dire qu'il y'a une lueur d'espoir « ... je ferai tout pour sa ... je rassemblerai ma famille... y'a pas plus bel avenir que sa ... »

Présentation et analyse des résultats dans un test SEI :

Résultats du Test Cas 03	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Makhloof	15	07	00	07	29	04	Très bas

Tableau : indiquant les résultats de l'inventaire d'estime de soi du 3^{ème} cas

Pour ce cas, les résultats indiquent que Mr Makhloof présente un niveau d'estime de soi très bas d'un totale de (29).

Les sous échelles démontrent qu'il a obtenu un score inférieur à la moyenne dans l'échelle général (15) sur (22,16) ce qui explique une évaluation de soi négative.

Il a obtenu un score supérieur à la moyenne dans l'échelle social (7) sur (6.70) ce qui signifie qu'il entretient de bonne relation avec son entourage.

Pour l'échelle familiale notre sujet a obtenu aucun point (0) ce qui est très loin de la moyenne, ce qui nous fait savoir que Mr Makhloof n'atteste pas d'une bonne relation avec les membres de sa famille.

Sur l'échelle professionnelle il a eu un score supérieur à la moyenne (07) sur (6.72) ce qui explique que notre cas estime sa vie professionnelle,

Et en ce qui concerne l'échelle de mensonges, Mr Makhloof a acquis un score supérieur à la moyenne (04) sur (3.22) ce qui détermine son envie de donner une bonne image de soi.

Les résultats obtenus à partir de ce tableau démontre que Mr Makhloof a une évaluation négative de soi ce qui explique qu'il se sent inférieur, le fait qu'il est alcoolique a influencé sur son cas, mais sa situation familiale a détruit son image et sa valeur personnelle.

1.4 Le cas de Fouad :

Fouad, âgé de 45ans, célibataire, sans profession stable, son niveau d'instruction est de 8eme année (moyenne), il est deuxième d'une fratrie de 4.

Analyse de données de l'entretien :

On a effectué notre entretien avec Mr. Fouad dans le bureau de la psychologue du centre, notre sujet n'a pas vu d'inconvénients à faire cet entretien avec nous, ce qui nous a permis de recueillir le maximum de données qui nous intéressent.

Concernant son cas Mr. Fouad a commencé à consommer de l'alcool à un âge qui ne dépasse pas les quinzaines, sa situation familiale et son entourage était les causes qui l'ont poussé à en

prendre à un âge si précoce « ... on vivait dans la misère... c'est avec l'alcool que j'oublie... mon entourage aussi m'a aussi influencé... » Aujourd'hui notre cas est devenu complètement, il boit chaque jour, tout en se rendant compte des conséquences, « ... dès mon réveil je me mets à boire, je suis tout le temps ivre... des fois j'en prête de l'argent pour m'en procurer... » Il n'a jamais mis sa vie en danger tout en étant ivre, mais ça n'empêche pas qu'elle nuit à sa santé physique « ... je tremble beaucoup, et j'ai eu des maux de tête atroces... heureusement qu'il y'a des médicaments... » À propos de ses relations familiales et amicales, elles n'ont pas été affectées par le fait qu'il est alcoolique nous assure-t-il « ... aujourd'hui je vis tout seul et je ne dérange personne... les amis, un alcoolique ne peut pas avoir de vrais amis... » Avec un air décourageant, faisant allusion à ce qu'il est devenu « ... personne ne voudra de cette vie... vous ne la souhaiterez même pas aux pires de vos ennemis ... » Exposant la difficulté du sujet à s'adapter à son problème.

Pour son estime de soi, Fouad est une personne qui se dévalorise, avec un sentiment de discrédité il nous répond « ... je n'ai aucune vision de moi... j'ai honte de moi... regardez-moi je suis vieux avant le temps... » En nous parlant de la nature de relation qu'il entretient avec les membres de sa famille on a compris que notre sujet a une relation pas si mal avec eux « ... j'aime mes parents et eux aussi à leurs tours m'aiment... ils trouvent mon cas désolant, ils veulent que j'arrête ... y'a que ma belle-sœur qui me dérange, je ne suis pas allé chez mes parents depuis 2 mois à cause d'elle... » Et pour ce qui est de ses qualités, il nous dit « ... je suis généreux, même très... très gentil, honnête et sincère... » Faisant allusion sur la vision qu'a son entourage sur lui « ... je suis aimé par quelques-uns et détesté par d'autres... ils n'apprécient pas le fait que je suis alcoolique et ils m'en dissuadent de boire autant... » D'après ses dires Fouad a l'air épuisé de la vie qu'il mène en étant alcoolique « ... je n'aime pas ma vie comme ça... je veux guérir... »

À propos de la relation entre son cas et son estime de soi, Mr. Fouad nous confirme qu'il se fait souvent agacé sur le fait qu'il est alcoolique par certains « ... oui souvent... je deviens furieux et je leur crie dessus... je leur dis que je le fais pour moi, et je m'éloigne d'eux... » Sa famille vit mal son problème « ... beaucoup plus ma mère... elle s'inquiète pour moi... » Guérir est la raison de sa venue dans ce centre pour se soigner « ... je veux devenir une personne meilleure... ça n'est pas une vie... » Et pour ce qui est de son avenir, notre cas pense à un avenir meilleur que celui-ci et nous parle de ses projets « ... premièrement je guérirai, ensuite je vais fonder une famille et vivre heureux avec... ».

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du Test Cas : 4	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Fouad	17	05	05	03	30	04	Très bas

Tableau : indiquant les résultats de l'inventaire de l'estime de soi du 4eme cas.

Pour ce cas les résultats montrent que Fouad présente un niveau d'estime de soi très bas d'un total de (30)

Par rapport à l'échelle générale il a obtenu un score inférieur à la moyenne dans l'échelle générale d'un score de (17) , dans l'échelle sociale et familiale d'un score qui est de (5) et enfin dans l'échelle professionnelle d'un score de (3) ce qui démontre que toutes les sous échelles sont en dessous de la moyenne, et en ce qui concerne l'échelle de mensonges, Fouad a eu une note supérieure à la moyenne (04) ce qui explique son attitude défensive par rapport au test et d »termine son envie de donner ne bonne image de soi.

Sur l'échelle sociale et familiale le sujet a présenté des scores en dessous de la moyenne, sur l'échelle sociale (5) sur (6.70), sur l'échelle familiale (5) sur (6.88) ce qui explique que le sujet atteste de mauvaises relation avec les membres de son entourage et ceux de sa famille et qu'il en trouve des difficultés à mener sa vie sur ses plans.

Pour ce qui est de l'échelle professionnelle à son tour, la note est de (03) sur (6.72) est largement inférieure à la moyenne, ce qui signifie que Fouad n'apprécie pas sa vie professionnelle et ne présente pas de bonnes relation sur ce plan.

D'après ces résultats obtenus, on conclut que malgré sa volonté de donner une bonne image de soi, Mr. Fouad a une évolution négative de soi, ce qui explique qu'il se sent inférieur par rapport aux autres du fait qu'il est alcoolique.

1.5 Le cas de Boualem :

Boualem célibataire âgé de 32 ans, il travaille comme pâtissier, il est troisième d'une fratrie de (07), son niveau d'instruction est de 1^{ere} année secondaire.

Analyse de données de l'entretien :

En allant pas de problème à faire cet entretien avec nous, Mr. Boualem entre dans le bureau avec une tenue vestimentaire correctement mise, et un air calme qui apparaît sur son visage « ... sans problème... pourquoi pas... ». Concernant ce cas, notre sujet a eu sa première expérience avec l'alcool tout jeune à l'âge de 18ans, ce qui signifie qu'il n'avait même pas dépassé l'adolescence. Les causes qui l'ont poussé à en consommer étaient divers, mais son jeune âge et sa mauvaise fréquentation ont été les principales « ... j'ai été jeune... j'ai mal choisi mes amis... » Au début n'en buvait que de temps en temps et occasionnellement, mais avec le temps son cas s'est aggravé jusqu'à en devenir complètement dépendant, il boit chaque jour, il dépense beaucoup « ... je dépense plus de 1000da par jour... » Notre cas se rend compte de la gravité de sa situation, vu qu'il a été hospitalisé plusieurs fois pour des causes dus à son abus de consommation d'alcool « ... j'ai eu plusieurs accidents tout en étant ivre... j'aurais pu mourir... » En lui posant la question si ses relations familiales et amicales ont été affectées par le fait qu'il est alcoolique, il nous répond désespérément « ... oui, surtout avec mes parents... même certains de mes amis... ils n'acceptent pas le fait que je suis devenu ainsi... » Pleurant de sa situation Boualem n'est pas satisfait de sa ce qu'il est devenu « ... je me déteste... les remords me tuent... je sais que ce n'est pas bénéfique... je ne le souhaite à personne... ».

Pour son estime de soi Mr. Boualem est une personne qui ne s'apprécie pas, qui se déconsidère, « ... je suis un ivrogne... je suis faible et inutile dans cette vie... » Selon lui sa relation avec sa famille n'est pas très mauvaise « ... en se dispute trop... ils veulent que j'arrête... je sais qu'ils veulent que mon bien...é faisant allusion à ses qualités « ... je suis gentil et généreux... je

suis aimé par mes amis... » A propos de la vision qu’a son entourage sur lui, il nous répond attristement « ... ils me voient vraiment de travers... ils ne s’assoient même pas près de moi... » Avec un air désolé et navré il nous assure qu’il n’aime pas sa vie en tant qu’alcoolique « ... je veux récupérer ma vie d’autre fois... je ne me reconnais plus... »

Pour ce qui est de relation entre son cas et son estime de soi, Mr. Boualem nous confirme qu’il n’est jamais agacé verbalement par personne « ... a part mes parents mais je les respecte tellement... » Sa famille vit mal son problème « ... ils n’apprécient pas du tout ce que je suis devenu... ils se disputent tout le temps avec moi... » Ses parents sont la principale cause qui l’a poussé dans ce centre pour se soigner vu qu’il a été orienté par son père, sans nier sa volonté de guérir et d’avoir une vie meilleure « ... je veux arrêter... je veux guérir pour moi et pour mes parents... » Pour la question de son devenir on pourra dire qu’il nous a redonné le sourire « ... je voudrai guérir complètement et pouvoir fonder une famille... »

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du Test Cas : 5	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d’estime de soi
Boualem	15	06	04	05	30	05	Très bas

Tableau : indiquant les résultats de l’inventaire de l’estime de soi de 5eme cas.

Les résultats indiquent que Mr. Boualem présente un niveau d’estime de soi très bas d’un total de (30). Par rapport aux sous échelles on remarque qu’il a obtenu des scores inférieurs à la moyenne dans toutes les échelles, l’échelle générale d’une note (15) qui est largement loin de la moyenne, l’échelle sociale d’une note (06) qui est proche de la moyenne, l’échelle professionnelle d’une note de (05) ; contrairement aux autres échelles Mr. Boualem a obtenu un score supérieur à la moyenne dans l’échelle de mensonges d’une note de (05) ce qui montre son attitude défensive vis-à-vis du teste et explique son désir élevé de donner une bonne image de soi.

Les résultats obtenus sur l'échelle sociale nous font savoir que Mr. Boualem mène bien ses relations avec son entourage, vu le score qu'il a obtenu qui est proche de la moyenne (06) sur (6.70).

Le score de (04) sur (6.88) obtenu sur l'échelle familiale est largement inférieur à la moyenne ce qui démontre qu'il n'a pas de bonnes relations avec les membres de sa famille.

Les résultats sur l'échelle professionnelle indiquent que notre cas sur estime pas trop sa vie professionnelle et en trouve des difficultés sur ce plan vu le score obtenu qui est en dessous de la moyenne (05) sur (6.72).

Les résultats obtenus à partir de ce tableau démontrent que Mr. Boualem a une évaluation négative de soi malgré son désir de donner une bonne image de lui-même, ce qui explique qu'il se sent inférieur par rapport aux autres du fait qu'il est alcoolique.

1.6 Le cas de Hakim :

Hakim est un commerçant âgé de 60ans, il est l'aîné d'une fratrie de (04) père de trois enfants, son niveau d'instruction est de 9eme année (moyen).

Analyse de données de l'entretien :

Comme tous les autres cas ; on a effectué notre entretien avec Mr. Hakim dans le bureau de la psychologue du centre dans de bonnes circonstances, le sujet n'a pas eu de crainte ce qui nous a permis de bien l'étudier et de retirer les informations dont on a besoin. Pour ce qui est de son cas les débuts de Mr. Hakim avec l'alcool étaient à l'âge de 22ans, ce qui est un âge avancé par rapport aux autres cas à l'époque, il ne l'en prenait que de temps en temps, la curiosité de savoir ce que ça faisait et l'influence de son oncle étaient les causes qui l'ont poussé à en consommer « ... je voulais connaître ses effets et ce qu'on ressent en la buvant... c'est mon oncle qui m'a encourager à en prendre pour la première fois... » D'une curiosité à en boire chaque jour notre cas est devenu alcoolique « ... aujourd'hui je ne m'en sépare plus ... je maudis le jour où je l'ai mise dans ma bouche... » Attristé par son cas, il se rend compte de la gravité de sa situation « ... même si que je n'ai pas mis ma vie en danger tout en étant ivre, cela n'empêche pas qu'elle soit nocive... c'est pour

sa je veux guérir... » Selon lui ses relations familiales et amicales ont été affectées du fait qu’il est alcoolique « ... ma famille ne pas de moi en tant qu’alcoolique... surtout ma femme... certains de mes amis aussi... » En montrant un sentiment de regret, il nous dit « ... Je ne suis pas satisfait de ce que je suis devenu... je regrette tellement... faut être inhumain pour souhaiter la même chose à quelqu’un d’autre... » Ce qui explique la difficulté du sujet à vivre avec son problème.

A propos de son estime de soi Mr. Hakim, malgré les nombreuses qualités dont il dispose « je suis généreux, poli et très gentil... » C’est une personne qui se dévalorise vu la vision qu’il a de lui-même « ... je ne m’estime plus... quand je me regarde je perds goût à la vie... » Concernant la relation qu’il entretient avec sa famille le sujet n’a pas de bonnes relations avec eux d’après ses dires « ... je me dispute tout le temps avec ma femme... même mes enfants sont fâchés contre moi... vu que je bois à la maison... » Au moment où on a évoqué la question s’il aimait sa vie au tant qu’alcoolique, il nous répond les yeux en larmes « ... alcoolique, ce surnom me tue... j’aime ma vie mais pas comme ça... je suis fatigué... »

Pour la relation entre son cas et son estime de soi Mr. Hakim est des fois agacées par certaines personnes du fait qu’il est alcoolique « ... je m’énerve et je commence à crier... » Sa famille vit mal son problème, vu qu’il est orienté ici dans ce centre pour se soigner par sa femme « ... ils veulent que j’arrête... moi aussi... » Et pour ce qui est de son devenir Mr. Hakim, pense à un avenir meilleur que celui-ci « ... j’aimerais me rétablir et marier mes enfants... je vois grand-chose en sortant d’ici entièrement guéri... ».

Présentation et analyse des résultats du test SEI :

Résultats du Test Cas : 6	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d’estime de soi
Hakim	19	07	02	08	36	06	bas

Tableau : indiquant les résultats de l’inventaire d’estime de soi du 6^{ème} cas.

Pour ce notre dernier cas, les résultats indiquent que Mr. Hakim présente un niveau d'estime de soi bas d'un totale de (36). Les sous échelles démontrent qu'il a obtenu un score inférieur à la moyenne dans l'échelle générale d'une note de (19) sur (22.16) ce qui signifie que notre sujet présente une sous-estime de soi, contrairement à l'échelle générale, il a obtenu un score supérieur à la moyenne dans l'échelle sociale d'une note de (07) sur (6.70) ce qui signifie que Hakim mène bien sa vie sur ce plan et ne présente pas de problème à établir de bonnes relations avec les membres de son entourage. Sur l'échelle familiale il a eu un score largement loin de la moyenne, d'une note de (2) sur (2.88) ce qui nous fait savoir que notre cas atteste d'une très mauvaise relation avec les membres de sa famille. Enfin sur l'échelle professionnelle Hakim a acquis un score largement au-dessous de la moyenne d'une note de (8) sur (6.72) ce qui signifie qu'il apprécie bien et sur estime sa vie professionnelle et qu'il ne présente pas de difficultés sur ce plan. Et pour ce qui est de l'échelle de mensonges remarque qu'il a obtenu un score largement supérieur à la moyenne d'une note de (06) sur (3.22) ce qui indique son attitude défensive par rapport au teste et son désir manifeste de donner une bonne image de soi.

D'après les résultats obtenus on confirme que malgré son désir de vouloir donner une bonne image de soi, vu le score supérieur à la moyenne qu'il a obtenu dans l'échelle de mensonges, Hakim présente un niveau d'estime de soi bas, ce qui signifie que ce dernier se sent inférieur du fait qu'il est alcoolique. Sans oublier l'impact de la vie qu'il mène sur le plan familial.

2-Discussion des hypothèses :

Lors de l'élaboration de notre travail, nous avons mis au point de différentes hypothèses découlant des concepts théoriques développés en première partie, afin de répondre à la problématique de recherche. La vérification de nos hypothèses se fera grâce aux résultats obtenus de notre entretien qui est destiné aux personnes alcooliques, et dans la passation de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith.

D'après toutes les données et les résultats obtenus, de notre entretien et de la passation de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith sur la personne alcoolique, nous avons pu répondre à nos hypothèses de départ.

La première hypothèse, « Les personnes alcooliques présentent un problème d'estime de soi »

A travers l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus dans l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith des cas étudiés, nous avons constaté que les personnes alcooliques présentent un problème d'estime de soi, ce qui a été démontré dans tous les cas étudié (6 sur 6), ce qui signifie que le fait qu'ils sont alcooliques influe négativement sur leurs images et leurs valeurs personnelles.

Cela confirme alors la première hypothèse qu'on mise au point de départ de notre travail.

La deuxième hypothèse, « Les personnes alcooliques présentent un niveau d'estime de soi bas »

Dans cette hypothèse il s'agit de savoir réellement, est ce que les personnes alcooliques présentent un niveau d'estime de soi bas.

En se basant sur les données recueillies, de notre entretien et des résultats obtenus sur l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, nous constatons que deux (2) des cas étudiés présentent un niveau d'estime de soi bas, alors que les quatre (4) autres cas ont un niveau très bas. Ce qui nous fait déduire que nos sujets ont un manque de précision dans leurs connaissances de soi et une mauvaise appréciation dans leurs nouvelles images ce qui affecte négativement l'aspect psychique.

Les résultats obtenus dans le cadre de notre étude confirment aussi notre deuxième hypothèse.

Conclusion
Générale

Conclusion :

On conclusion, nous dirons que même si notre échantillon pris dans notre étude n'est pas large, notre objectif été de démontrer que les personnes alcooliques présentent un problème d'estime de soi, est c'est ce qui a été confirmé d'après tous les résultats obtenus que les personnes alcooliques ont un lien fort avec l'estime de soi c'est-à-dire que l'ensemble des sujets présente un problème d'estime de soi.

Cette recherche nous a permet de découvrir le fonctionnement des centre de désintoxication, d'entré en contact avec nos sujets et exercé notre pratique sur eux et pour quoi pas essayé de les aider, est pour son aboutissement, nous nous somme basé sur une méthode descriptive et on a eu recours à des outils qui soient aptes aux informations recherchées et pour recueillir des données on a fait références a un seul outil qui est l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith qui a pour but de mesurer le niveau d'estime de soi chez notre sujet. Ce qui facilitera la tâche pour ceux qui voudront faire une étude dans notre thème.

Comme elle nous a permet aussi de voir la souffrance et la difficulté que peut vivre nos sujets du fait qu'ils sont alcooliques ce qui nous poussent à espérer qu'il y aura d'autres recherches qui vont prendre, Plus en considération ce thème afin d'améliorer la vie de ceux qui souffres de cette maladie et d'obtenir des résultats encore plus fiable avec un échantillon plus vaste toute on souhaitant avoir pu donner quelque chose.

Et nous avons pu établir notre recherche qui consiste a démontré que les personnes alcooliques présentent un niveau d'estime bas, dans le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes de Bejaia.

*Références
bibliographique*

Liste bibliographique :

- ALAIN EHRENBERG, 1998. La fatigue d'être soi, dépression et société, Odile Jacob, Paris.
- Adès et lejoyeux, 1997. Alcoolisme et psychiatrie, Paris.
- Américain Psychiatrique Association. DSM4 manuelle diagnostique et statistique des troubles mentaux », 4eme édition, Masson, Paris, 2003.
- ANGILIQUE, R.2009.les effet des dispositifs pédagogique sur l'estime de soi et de la maitrise de la lecture des élèves de CP et de CE1.paris. EDCEE.
- André, C. & Lelord, F.1999.l'estime de soi et s'aimer pour mieux vivre avec les autre, Odile Jacob, paris.
- Bailly, D. & jean Parquète, p.1992, les conduits d'alcoolisation chez l'alcoolique. Paris. Edition Masson
- BONONY, H & CHARAOUI, k. 1999. L'entretien clinique. Paris. DUNOD
- C. BARRIER, Mead George Herbert, L'Esprit, le Soi et la Société. In : Revue française de sociologie, 1963, 4-4. Problèmes noirs. pp. 461-463.
- CONNOR, R.1968 ; Le concept de soi-même des alcooliques, culture de la société et de la culture et de la drogue. New York. Edition Fabert
- CHAHRAOUI, k. 2003. & BENONY, H, Méthode évaluation et recherche en psychologie, paris, DUNOD.
- COLEY, 1968, le soi dans l'interaction sociale, vol 1 : classique et perspectives contemporaines, New York.
- DROLET, M.1972. Le niveau d'estime de soi et ses corrélations avec certaines dimensions du concept de soi chez l'alcoolique. Paris.
- DESCAMBRY, j-p.1994.Précis d'alcoologie clinique, paris, DUNOD.
- DESCAMBRY, j-p.2005.L'économie additive, paris, Edition DUNOD
- GOSLIN, p.2003.Les conduits à risque à l'adolescence, Edition ARMAND COLIN.

- JAMES, W. 1971. Toulouse dans Manuel de mesure du concept de soi ; Montréal ; p203)
- MANJOUZE, M.1999.La part alcoolique de soi, paris, EDITION DUNOD
- Michelle, I .2002, Ressources en Développement, Les psychologues humanistes branché ; paris
- REASONER, W.1995.Comment développer l'estime de soi, Canada
- SAINT PAUL (J), 1999. Estime de soi, confiance en soi. Inter édition, Paris.
- SIEBERT, C .ET le Neurés, k.2011, processus psychopathologique, ELSEVENIR MASSON S.A.S.
- TISHIBWILA I, 2007. Cours d'initiation à la recherche scientifique, G 2 sciences, UNLU, 3 éditions Congo.
- TREMBEY, M.1995.Initiation à la recherche dans les sciences humaines, Canada.
- VANDERPOOL, G.A .1968. L'alcoolisme et l'auto-concept. Revue trimestrielle d'études sur l'alcool paris, p 59

La liste de dictionnaires :

- Larousse, 2002. Dictionnaire fondamental de la psychologie. Paris.
- Larousse, 2002. Le grand dictionnaire de la psychologie. Paris.

Sites Internet :

- FORTINE, B.2012, ce que vous devez savoir sur l'estime de soi.
www.acsm-ca.qc.ca/assets/99-estime-de-soi.pdf

-Hugo. 2012. Un relax musculaire serait 'il influencé contre la dépendance de l'alcool.

www.arreterdeboire.fr

-MAURICIO CALAZAR, 2011, caractéristiques d'une faible estime de soi. Paris

<http://techniquespourlestimedesoi.info/blog/caracteristiques-dune-faible-estime-de-soi/>

-PIETRICK, H, 2002, personne alcoolique-définition, paris.

<http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/8399-personne-alcoolique-definition>

--SERGE REGIANNI, 2002, Comprendre et gérer l'alcool. Paris

www.alcoolespace.com/infos_7.html

-TRI DE BLOUIN, M. BERGERON ,1997 dictionnaire d'adaptation, tome2 : terme l'invention et d'aides technique, Québec : les publications du Québec.

www.infirmier.com./PDF/TFE-Christophe-laffinem.pdf

-WEIGHT WATCHERS, 2017, Moi et le miroir le processus du Looking Glass Self.paris

<https://www.naturavox.fr>

Annexes

Les annexes

Annexe 1 :

Guide d'entretien.

- Informations personnelles.

Nom et prénom :

Sexe :

Type de profession :

Niveau d'étude :

Situation familiale :

• Axe 1 : informations sur la personne alcoolique.

1. Parlez nous de votre première expérience avec l'alcool.
2. Quelles sont les causes qui vous ont poussées à consommer de l'alcool ?
3. Pouvez vous nous dire combien de fois par semaine consommez vous de l'alcool ?
4. Buvez-vous plutôt chez-vous ou en dehors de la maison ?
5. Quel est votre budget moyen pour la consommation d'alcool ?
6. Pensez vous que votre abus de consommation d'alcool est nocif pour votre santé ?
7. Avez-vous déjà mis votre vie en danger ? si oui, cela vous a-t'il dissuadé de boire autant ?
8. Vos relations familiales et amicales ont-elles été affectées par le fait que vous êtes alcoolique ?
9. Êtes-vous satisfait de ce que vous êtes devenu ?
10. Souhaiteriez-vous la même chose à vos proches ?

• Axe 2 : informations sur l'estime de soi.

11. Parlez- nous de la vision que vous avais de vous-même ?
12. Pouvez-vous, nous parler sur la nature de votre relation avec votre famille ?
13. Parlez-nous de vos qualités ?
14. Pouvez-vous, nous parler sur la vision qu'a votre entourage (amis, familles), sur vous ?
15. Aimez-vous, votre vie en tant qu'alcoolique ?

Les annexes

- **Axe 3 : relation entre la personne alcoolique et l'estime de soi.**

16. Pouvez-vous nous parler de la manière dont vous réagissez aux commentaires faits sur votre abus de consommation d'alcool, vous-ont-ils déjà agacés ?
17. Comment votre famille vit votre problème ?
18. Quelles sont les causes qui vous ont poussées ici pour vous soigner ?
19. Vous êtes venus par votre plain grée ou orienter par quelqu'un ?
20. Pensez-vous à un avenir meilleur que celui la

Les annexes

Annexe (2) : INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :prénom.....

AGE.....SEXE.....DATE DE L'EXAMEN.....

PROFESSION.....NIVEAU D'étude

CONSIGNES

LISER ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

Dans les pages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez 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 « ne 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 »

Efforcerez-vous de répondre a tout les **phrases, même** si certain choix vous paraissent difficiles

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981 by Consulting Psychologistes Press, Inc., Palo Alto, California

Copyright de l'éducation française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25, rue de la plaine -75980 paris cedex20.tout droits réservés.

Achévé d'imprimer par AJ communication -91

Dépôt légal 1^{er} Trim. .1984-Edit 528050

Les annexes

		ME RESSEMBLE	NE RESSEMBLE PAS
1	En général je ne me fait pas de souci.		
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.		
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
5	On s'amuse bien en ma compagnie.		
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.		
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.		
8	Je suis très apprécie(e) par les personne de mon âge.		
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.		
10	Je cède très facilement aux autres.		
11	Ma famille attend trop de moi.		
12	C'est très dur d'être moi.		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	Jai généralement de l'influence sur les autre.		
15	Jai une mauvaise opinion de moi- même.		
16	Jai souvent envie de changé de vie.		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.		
20	Ma famille me comprend bien.		
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.		
22	Jai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.		
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.		
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 (e).		
27	Je suis assez sur de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en famille.		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerai être plus jeune.		

