

Université de Genève
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Section de Psychologie

**LE STYLE D'ATTACHEMENT ET
L'ESTIME DE SOI SOCIALE
CHEZ LES JEUNES ADULTES**

Mémoire de Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées
en Psychologie Clinique
Février 2004

Céline Ramu

celineramu@yahoo.fr

Jury :

Ph. D. Jaffé : Directeur de recherche
P. Moiroud : Responsable de stage
C. Robert-Tissot : Professeur

RESUME

Le jeune adulte traverse une période de vie considérée comme difficile et stressante au niveau affectif et social, notamment caractérisée par une crise entre l'intimité et l'isolement. Sachant que les jeunes adultes consultent souvent pour des raisons d'ordre psychologique, un attachement insecure et une mauvaise estime de soi sociale constituent-ils des facteurs de vulnérabilité ?

Cette étude a donc pour objectif principal de déterminer si des étudiants ayant fait une demande d'aide psychologique se différencient de ceux qui ne l'ont jamais fait au niveau de l'attachement et de l'estime de soi sociale. Pour ce faire, deux groupes de 30 sujets âgés de 20 à 28 ans et inscrits à l'Université de Genève ont participé à cette recherche. Le groupe clinique est composé d'étudiants qui ont eu recours à la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes, quant au groupe contrôle, il comprend des étudiants qui n'ont jamais consulté un spécialiste et qui n'en ressentent pas le besoin. Les données ont été récoltées à l'aide du questionnaire d'attachement adulte de Hazan et Shaver (traduit par Bee) et de l'inventaire d'estime de soi sociale de Lawson (traduit par Bouvard).

D'après les théories et les recherches empiriques concernant notre sujet, nous avons formulé trois hypothèses qui ont été confirmées par nos analyses statistiques. Premièrement, nos résultats montrent que le style d'attachement secure est plus fréquent chez le groupe contrôle alors que le style d'attachement insecure est plus fréquent chez le groupe clinique. En second lieu, il s'avère que le groupe contrôle obtient un niveau d'estime de soi sociale plus élevé que le groupe clinique. Enfin, il existe une relation positive entre les deux concepts que nous avons étudiés, à savoir que les étudiants ayant un style d'attachement secure ont un meilleur niveau d'estime de soi sociale que ceux qui présentent un style d'attachement insecure.

Il semble ainsi que la qualité de l'attachement ainsi qu'une bonne estime de soi sociale représentent des déterminants importants au niveau de la santé psychique des étudiants.

Mots clés

styles d'attachement, estime de soi sociale, jeunes adultes, étudiants

TABLE DES MATIERES

1) INTRODUCTION	p. 5
2) CADRE THEORIQUE	p. 8
2.1) LE JEUNE ADULTE	p. 8
2.1.1) L'approche life-span.....	p. 8
2.1.2) Points de vue des cliniciens travaillant auprès d'étudiants....	p. 11
2.2) L'ATTACHEMENT	p. 15
2.2.1) Définitions.....	p. 15
2.2.2) Fondements théoriques.....	p. 16
2.2.2.a) Les styles d'attachement issus des entretiens.....	p. 16
2.2.2.b) Les styles d'attachement issus des questionnaires.....	p. 18
2.2.3) Recherches empiriques.....	p. 20
2.2.3.a) Etudes comparatives.....	p. 21
2.2.3.b) Etudes longitudinales.....	p. 23
2.2.3.c) Etudes sur la psychopathologie.....	p. 23
2.3) L'ESTIME DE SOI	p. 26
2.3.1) Définitions.....	p. 26
2.3.2) Théories et modèles du concept de soi.....	p. 27
2.3.3) Théories et modèles de l'estime de soi.....	p. 31
2.3.4) Méthodes de mesures.....	p. 34
2.3.5) Recherches empiriques.....	p. 35
2.4) LIENS ENTRE L'ATTACHEMENT ET L'ESTIME DE SOI	p. 38
2.5) HYPOTHESES THEORIQUES	p. 40

3) METHODOLOGIE	p. 41
3.1) LIEU DE RECHERCHE	p. 41
3.2) POPULATION	p. 42
3.2.1) Le groupe clinique (les demandeurs).....	p. 42
3.2.2) Le groupe contrôle (les non-demandeurs).....	p. 42
3.3) CONSIDERATIONS ETHIQUES	p. 43
3.4) PROCEDURE	p. 44
3.5) INSTRUMENTS DE MESURE	p. 44
3.5.1) Adult Attachment Questionnaire.....	p. 45
3.5.2) Inventaire d'Estime de Soi Sociale.....	p. 45
3.6) VARIABLES	p. 46
3.7) HYPOTHESES OPERATIONNELLES	p. 48
4) RESULTATS	p. 49
4.1) L'ATTACHEMENT	p. 49
4.1.1) L'attachement des étudiants en général.....	p. 49
4.1.2) L'attachement en fonction du type d'étudiant.....	p. 50
4.2) L'ESTIME DE SOI SOCIALE	p. 53
4.2.1) L'ESS des étudiants en général.....	p. 53
4.2.2) L'ESS en fonction du type d'étudiant.....	p. 53
4.3) ATTACHEMENT ET ESTIME DE SOI	p. 57
5) DISCUSSION	p. 61
6) CONCLUSIONS	p. 65

7) BIBLIOGRAPHIE	p. 68
-------------------------------	-------

8) ANNEXES	p. 72
-------------------------	-------

I. Notice d'information	p. 73
II. Questionnaire de recherche pour le groupe contrôle	p. 74
III. Questionnaire de recherche pour le groupe clinique	p. 75
IV. Adult Attachment Questionnaire	p. 76
V. Inventaire d'Estime de Soi Sociale	p. 77
VI. Résultats groupe clinique	p. 78
VII. Résultats groupe contrôle	p. 79

1) INTRODUCTION

Dans le cadre du DESS en psychologie clinique, j'ai effectué un stage à la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes. C'est un service universitaire dont l'objectif est d'offrir aux étudiants un espace de parole pour des demandes d'ordre psychologique. Les entretiens ont pour but de comprendre et de clarifier la demande, les attentes et la situation de l'étudiant. La finalité des consultations n'est pas de poser un diagnostic, mais de repérer les difficultés et les ressources de l'étudiant afin de l'orienter, si nécessaire, vers l'approche thérapeutique qui lui convient le mieux.

La population de cette institution est donc composée principalement de jeunes adultes. Au niveau affectif et social, cette étape de vie est probablement la plus stressante et la plus difficile de l'âge adulte. C'est la crise entre l'intimité et l'isolement, comme l'a démontré Erikson.

Ainsi, pour explorer le domaine affectif et plus particulièrement l'intimité, nous nous sommes intéressés aux styles d'attachement. Constituent-ils des facteurs de vulnérabilité ou de résilience ? Il semble qu'une forte majorité de personnes présentant des troubles cliniques sont insécurisées, contrairement aux personnes saines. Ces dernières décrivent leur relation amoureuse comme étant plus heureuse et amicale. Elles ont une image positive d'elles-mêmes. Elles n'ont aucune difficulté à devenir intime et à faire confiance à leur partenaire.

Quant au domaine social, nous avons décidé d'examiner l'estime de soi sociale. En effet, une bonne estime de soi est caractéristique de la santé mentale et est importante pour développer de bonnes relations et éviter l'isolement.

Nous avons donc réalisé cette recherche afin de mieux connaître les caractéristiques des jeunes adultes qui ont demandé une aide psychologique par rapport à ceux qui n'en ont jamais ressenti le besoin. Le domaine affectif et social étant particulièrement sensible à cette période de la vie, nous allons explorer s'ils se différencient au niveau du style d'attachement et de l'estime de soi sociale. En effet, ces deux concepts pourraient bien constituer des déterminants de la santé psychique des étudiants.

En ce qui concerne le but de cette recherche, nous allons tenter de répondre aux questions suivantes :

- 1) Comment sont répartis les styles d'attachement entre les étudiants qui consultent et ceux qui n'ont jamais consulté ?
- 2) Est-ce que le niveau d'estime de soi sociale diffère entre ces deux groupes ?
- 3) Existe-t-il une relation entre l'attachement et le niveau d'estime de soi sociale ?

Afin de répondre à la première question de cette étude, nous allons chercher à déterminer comment sont répartis les styles d'attachement en faisant passer le questionnaire d'attachement adulte de Hazan et Shaver à 30 étudiants qui sont venus consulter à la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes ainsi qu'à 30 étudiants qui n'ont jamais éprouvé le besoin de consulter. Nous supposons que le style d'attachement secure sera plus fréquent chez le groupe contrôle alors que le style d'attachement insecure sera plus fréquent chez le groupe clinique.

En ce qui concerne la seconde question, nous allons examiner le niveau d'estime de soi sociale des étudiants à l'aide de l'Inventaire d'Estime de Soi Sociale adaptée par Bouvard. Nous nous attendons à observer un niveau d'estime de soi sociale plus élevé chez le groupe contrôle comparé au groupe clinique.

Quant à la troisième question, nous pensons qu'il existe un lien entre le style d'attachement et l'estime de soi sociale. Nous postulons que les secure présentent un meilleur niveau d'estime de soi sociale que les insecure.

Par rapport à la structure de ce travail, nous allons commencer par présenter le *cadre théorique* de cette recherche. Nous parlerons de la période de vie du jeune adulte en l'éclairant par l'approche life-span ainsi que par les points de vue de cliniciens qui travaillent auprès d'étudiants. Ensuite, nous aborderons le concept d'attachement en évoquant sa définition, ses fondements théoriques avec les typologies issues des entretiens et des questionnaires d'évaluation ainsi que les recherches empiriques entreprises à ce sujet. Puis, nous exposerons le concept d'estime de soi en le définissant et en présentant les théories et les

modèles, les méthodes de mesures et les recherches empiriques. Enfin, nous mettrons en évidence les liens entre l'attachement et l'estime de soi.

Dans la partie suivante, nous présenterons la *méthodologie* que nous avons adoptée pour réaliser cette étude comparative, en prenant soin de décrire le lieu de la recherche, la population de notre échantillon, les considérations éthiques, la procédure, les instruments de mesure utilisés, les variables en jeu et les hypothèses opérationnelles.

Quant aux *résultats*, nous ferons des analyses descriptives et inférentielles en ce qui concerne la répartition des styles d'attachement chez les étudiants en général, ainsi qu'entre le groupe clinique et le groupe contrôle. Nous procéderons de même pour le niveau d'estime de soi sociale et pour les liens entre ces deux concepts.

Finalement, notre *discussion* englobera une synthèse des résultats, une réflexion par rapport aux limites et critiques pouvant être adressées à notre recherche, ainsi que certaines pistes possibles pour répondre plus efficacement aux questions qui nous intéressent.

2) CADRE THEORIQUE

2.1) LE JEUNE ADULTE

La plupart des gens perçoivent le début de l'âge adulte comme étant la plus « belle » période de la vie ainsi que la plus « facile »... Sur le plan physique, cela ne fait aucun doute. Quant à l'aspect financier, il varie en fonction des situations socio-économiques de chacun.

Cependant, au niveau affectif et social, cette étape de vie est probablement la plus stressante et la plus difficile de l'âge adulte. En effet, c'est à ce moment que l'individu est amené à maîtriser le plus grand nombre de rôles. En faisant face à ces nouvelles tâches, le jeune adulte peut présenter certains signes de « stress » : il éprouve plus de détresse émotionnelle et de sentiment de solitude que l'adulte d'âge moyen ou avancé (Bee, 1997).

Nous allons donc explorer les données issues des travaux des chercheurs s'inscrivant dans le courant de l'approche « life-span », mais aussi les points de vue des psychologues cliniciens qui ont travaillé (ou qui travaillent encore) dans une consultation psychologique (ou psychiatrique) pour des étudiants universitaires, afin de mettre en évidence les caractéristiques de la période de vie du jeune adulte, et plus spécialement celles de l'étudiant.

2.1.1) L'approche « life-span »

Bühler et Erikson (Houdé, 1986) sont les précurseurs de l'approche « vie-entière », dite aussi « cycle de vie » ou « life span ». Ce courant a pour objet d'étude le développement de la personne (de la naissance à la mort), tout en attachant une attention particulière aux changements, aux moments clés et aux facteurs de risque. Le développement est généralement considéré comme étant l'expression de l'ontogenèse et de l'évolution bio-culturelle ; il est multidéterminé, principalement en fonction de l'âge, du contexte socio-historique et des événements de vie.

Dans le cadre de cette recherche, nous allons développer plus particulièrement les modèles d'Erikson et de Levinson, et ce, pour deux raisons principales : non seulement ces deux modèles adoptent une *perspective psychosociale* selon laquelle le développement d'une personne est le fruit de l'interaction d'événements d'ordre interne (psychiques, physiologiques, biologiques) et externe (sociaux, culturels, historiques), mais aussi car ces modèles permettent de mieux saisir la complexité du développement, dont le moment de vie du jeune adulte.

En ce qui concerne Erikson (1959,1971,1972), il a esquissé une théorie interculturelle basée sur un modèle épigénétique et psychosocial, tout en s'inspirant également de l'approche psychanalytique. Selon lui, l'être humain se développe en traversant des crises psychosociales de caractère normatif. Chaque crise implique un enjeu de croissance spécifique qui oscille entre deux polarités, face à laquelle l'individu devrait en ressortir avec un sentiment fortifié de l'unité interne, une amélioration de l'aptitude à juger et à bien faire, en accord avec ses propres normes et celles de l'entourage et de la société. Comme le souligne Erikson, son concept de **crise**, est à interpréter comme un « ...moment crucial où une évolution décisive, dans un sens ou dans l'autre, est inévitable. » (1971 ; p.146).

Erikson (1972) a mis en évidence **huit stades de développement** qui s'étendent de la naissance à la fin de la vie. Il souligne que ce que l'être humain acquiert à un stade donné, c'est une certaine proportion de positif et de négatif, qui, si la balance penche du côté positif, l'aide à faire face aux crises ultérieures. Tout homme peut momentanément régresser chaque fois que le monde de ses attentes est bouleversé, contrarié. Autrement dit, lorsqu'une crise est particulièrement grave, les crises précédentes sont réactivées. En outre, Erikson pense que toutes les composantes de la personnalité existent dès la naissance sous une forme ou une autre mais qu'elles s'épanouissent, entrent en crise et trouvent leurs solutions. Cet auteur conçoit donc **l'identité** comme « un processus situé au cœur de l'individu ainsi qu'au cœur de la culture de sa communauté » (p.18) ; elle est le point de rencontre de la croissance personnelle et des changements sociaux, elle n'est donc jamais achevée et toujours susceptible de se modifier.

Erikson a également mis en évidence un autre concept intéressant, qui est celui des **vertus** ; elles représentent des qualités humaines de force qui émergent du conflit entre les deux polarités de chaque stade. Elles sont conditionnées les unes par les autres et sont en

corrélation avec les stades de la psychosexualité, les crises psychosociales et les différents niveaux de la maturation cognitive. D'un point de vue épigénétique, chacune de ces qualités possède sa période d'ascension et sa période de crise, bien qu'elles se maintiennent tout au long de l'existence car elles sont toutes nécessaires à l'équilibre psychique de chaque être humain.

	stades	polarités	vertus
1.	oral-sensoriel	confiance/méfiance	espoir
2.	musculaire-anal	autonomie/honte, doute	volonté
3.	locomoteur-génital	initiative/culpabilité	résolution
4.	âge scolaire	industrie/infériorité	compétence
5.	adolescence	identité/confusion de rôles	fidélité
6.	jeune adulte	intimité/isolement	amour
7.	adulte d'âge moyen	générativité/stagnation	sollicitude
8.	vieillesse	intégrité/désespoir	sagesse

Voici donc une description du **stade du jeune adulte** tel qu'il est conçu par Erikson : La tâche clé de cette période de vie consiste à résoudre la crise opposant l'*isolement* à l'*intimité*, permettant alors au jeune adulte d'atteindre la vertu de l'*amour*. Cette vertu représente la transformation de la tendresse reçue durant la pré-adolescence en une faculté d'attention et de dévouement pour les autres durant la vie adulte. Ce n'est que lorsque la formation de l'identité est en bonne voie et que le sens de la fidélité est établi qu'une intimité véritable est possible, tout comme pour le sentiment d'amour. Par contre, lorsque le jeune adulte évite des expériences telles la sexualités, les amitiés étroites ou encore l'inspiration d'un mentor par crainte de perdre le contrôle de lui-même, cela peut le mener à un ressenti d'isolement, à un repli sur soi, à des relations superficielles. En effet, si la personne ne parvient pas à établir une relation intime, un attachement central fort, elle n'aura pas de base de sécurité et se sentira seule ou isolée.

A présent, nous allons présenter le modèle réalisé par Levinson (in Houdé, 1986). Un des concepts clés de ce dernier est la **structure de vie**, qui constitue un outil d'analyse décrivant la configuration de la vie d'une personne à un moment de son existence : Cette structure est la résultante d'une interaction complexe entre le monde socioculturel d'un individu, les aspects

de son self (le Soi) ainsi que les différents rôles qu'il détient et la façon dont il les assume. Elle est formée de plusieurs *composantes*, comme par exemple les relations affectives, amicales, professionnelles, à soi-même... Ces composantes sont dites *centrales* lorsqu'elles sont significatives pour le self et pour l'évolution du cours de la vie. Par contre, si elles paraissent secondaires, elles sont alors considérées comme *périphériques*.

Par rapport au cycle de vie, Levinson le découpe en **quatre saisons** : L'enfance et l'adolescence (de 0 à 22 ans), le jeune adulte (17 à 45 ans), le mitan de la vie (de 40 à 65 ans) et la vieillesse (60 ans et plus). Selon lui, « l'adulte traverse ces saisons, avec leurs phases de transition et de stabilité où apparaissent... diverses épreuves à surmonter, divers conflits à résoudre, divers défis à relever : les tâches développementales » (p. 69).

En ce qui concerne plus particulièrement la **saison du jeune adulte**, Levinson la subdivise en deux phases : la phase novice (de 17 à 33 ans) et la phase d'établissement (de 33 à 40 ans). Cette période de vie est constituée d'énergie et d'abondance, mais aussi de stress et de contradictions : En effet, ces personnes ont de nombreux projets. Celles qui étudient doivent parfois affronter plusieurs événements à la fois, ce qui engendre du stress. En outre, elles peuvent vivre certaines contradictions entre les demandes de la famille, du groupe et leurs propres aspirations.

Ainsi, au vu des apports d'Erikson et de Levinson, il s'avère que la période du jeune adulte constitue une étape de vie très conflictuelle et stressante, notamment entre les aspirations, les attentes personnelles et environnementales.

2.1.2) Points de vue des cliniciens travaillant dans une consultation pour étudiants universitaires :

Ce n'est qu'après la deuxième Guerre Mondiale que les autorités académiques se sont intéressées à la **santé psychique des étudiants** (Henny, 1985). Il est souvent dit qu'à cette période de vie, il existe une pathologie spécifique car l'étudiant traverse une situation particulière durant laquelle il est confronté à un apprentissage prolongé, le plaçant dans une position de dépendance. Selon Henny, il semblerait que l'hétéronomie de l'étudiant soit plus marquée à l'égard de ses professeurs que de ses parents. Henny cite une étude réalisée par Schneider et al. (1975) montrant que les principaux motifs de consultation des étudiants

concernent des symptômes d'origine névrotique (dépression, angoisse, inhibition avec échec ou troubles au niveau des relations interpersonnelles).

Lors d'un **Colloque national sur la post-adolescence** qui s'est tenu à Grenoble en 1983 (Alléon, Morvan & Lebovici, 1985), le Service Médico-Psychologique Universitaire de Grenoble soulignait la nécessité de réaliser une analyse sur le passage de l'adolescence à l'âge adulte : « Raté ou indispensable délai, ce nouveau mode évolutif contemporain ne peut laisser indifférents les thérapeutes. Qu'elle ait existé ou pas en des époques antérieures, cette période de transition se présente actuellement comme une adolescence interminable avec des caractéristiques qui en font plus qu'une banale fin d'adolescence » (p.7).

Un des intervenants de ce colloque, Chamboredon (1985), qui est sociologue, observe que la structure et la composition des attributs sociaux de la jeunesse ainsi que les modes d'accession à la maturité se sont modifiés.

Il met en évidence **plusieurs indices de l'étirement de cette période de vie** : Il y a l'allongement de la durée de vie mais aussi l'allongement de la période de formation (pour les hommes de plus de 18 ans, le taux de scolarisation était de 40 % en 1968 et de 60% en 1980, pour les filles, ces pourcentages sont encore plus élevés). En outre, il y a un étirement de la période d'entrée dans une profession, car l'accès au marché de l'emploi se caractérise par une longue phase d'exploration, d'attente et de tâtonnements. De plus, il y a également le maintien durable dans les statuts pré-matrimoniaux, où l'âge au mariage est plus tardif. Il en va de même pour les statuts pré-parentaux, où l'âge de la première naissance est différé.

Il semble donc y avoir une contradiction entre les divers attributs qui définissent la « majorité », la « maturité ». En effet, ces attributs ne sont non seulement pas nécessairement cohérents les uns avec les autres, mais ils ne sont pas non plus forcément acquis au même moment. Ainsi, les jeunes ont tendance à demeurer plus longtemps dans toute une série de relations, de pratiques et d'échanges les maintenant dans le statut de fils ou de fille, plutôt qu'elle ne les prépare au statut de parent : « Dans le domaine des relations internes à la famille, comme dans le domaine du rapport à l'avenir, on peut s'interroger sur la gestion de ce moratoire, et sur les effets psychologiques de ce moratoire » (p.23).

Ainsi, l'équipe du Service Médico-Psychologique Universitaire de Grenoble (Quemada, Alléon & Morvan, 1985) a mené une recherche épidémiologique, considérant qu'il était primordial d'étudier de façon approfondie le passage de l'adolescence à l'âge adulte afin de

mieux comprendre le fonctionnement psychique de la population des étudiants. En ce qui concerne le **sexe**, il n'y a pas de différence significative entre la proportion d'hommes qui consultent (54 %) et l'ensemble des étudiants (51 %). Quant à l'**âge**, les résultats montrent une différence significative. En effet, par rapport à l'ensemble des étudiants, il y a « une sous-représentation des consultants de 17 à 19 ans et une sur-représentation des 21 à 28 ans, plus marquée entre 21 et 25 ans » (p.33). Pour ce qui est de la **nationalité**, la proportion d'étrangers est de 29 % chez les consultants alors qu'elle n'atteint que 17 % pour l'ensemble de la population d'étudiants. En ce qui concerne le **type d'études**, il y a une sur-représentation très marquée des Sciences humaines et sociales parmi la population consultante. Quant au **cycle d'études**, les étudiants du 3^{ème} cycle consultent moins que les autres. Ainsi, selon Quemada et al., « les consultants pourraient être définis comme sous-population d'étudiants *à risque* dont les facteurs seraient d'être plutôt âgés de 20 à 24 ans, de nationalité étrangère, en premier ou deuxième cycle et très majoritairement des Sciences humaines et sociales » (p.37). Au sujet de la **symptomatologie**, il s'est avéré que les symptômes dépressifs étaient un des motifs de consultation le plus fréquent. En effet, sur 504 consultants, 62 % sont venus au Service Médico-Psychologique Universitaire pour des symptômes à prédominance dépressive (48 % des hommes et 70 % des femmes). En outre, les consultants présentaient souvent un fonctionnement narcissique, mais leur fonctionnement se différencie des personnalités narcissiques des habituels patients limites, car ils présentent une adaptation sociale assez bonne, un meilleur contrôle pulsionnel ainsi qu'un potentiel de pseudo-sublimation. Cependant, Quemada et al. soulignent qu'il est impossible d'établir un diagnostic de structure au vu de la particularité de la population consultante, dont les caractéristiques sont la non-fixité de la pathologie, la mouvance et l'indétermination structurelle. Selon elles, à la post-adolescence, le psychisme est relativement souple : il leur semble que cette période de vie est spécifiquement bénéfique à une rencontre dynamique thérapeute-patient ainsi qu'au changement. Elles nous mettent donc en garde par rapport à l'inadéquation relative des classifications pour cette population post-adolescente.

Dans les années 90, l'aide psychologique aux étudiants revient à nouveau à l'ordre du jour en France. Un rapport présenté en 1997 a mis en évidence une **augmentation de la souffrance psychique des étudiants**, dont les angoisses portent autant sur les relations à soi qu'aux autres. En effet, toutes les enquêtes sur le mal-être signalent des taux inquiétants (autour de 20 %), correspondant à un ressenti d'isolement, de mauvais moral, d'anxiété, de fatigabilité, des problèmes de sommeil, d'alimentation, de mémoire et de concentration... Ce mal-être

témoigne de difficultés psychologiques qui peuvent se traduire par des symptômes aussi bien physiques que psychiques (Francequin, 1999).

Schmid-Kitsikis, Kilcher et Sanzana (1995) ont travaillé au sein de la Consultation psychologique pour Jeunes Adultes (CPJA) de l'Université de Genève. D'après leur expérience clinique, les jeunes qui suivent des études universitaires se situent dans une position psychologique et sociale qui peut être source de difficultés. En effet, les jeunes adultes se trouvent à la jonction de diverses attentes, tant internes, familiales que sociales. En outre, le statut d'étudiant, tout en étant socialement valorisé, reste néanmoins dans le virtuel et peut provoquer des tensions. Il n'est donc pas surprenant que certains étudiants, lorsqu'ils sont fragilisés par leur histoire personnelle ou par la période de vie qu'ils traversent, passent par une crise psychologique. Schmid-Kitsikis et son équipe ont donc constaté que pour la majorité des demandes de consultation qu'ils reçoivent, « les difficultés liées aux études sont moins mises au premier plan que ne le sont les **difficultés relationnelles**. Malgré la souffrance souvent intense que ces difficultés provoquent, il est néanmoins difficile de les classer dans le cadre d'une psychopathologie psychiatrique » (p.14). Il s'agirait plutôt de problématique, comme notamment celles de l'autonomisation et de l'identité, qui surgissent en fonction d'un ensemble de circonstances vitales, dans le sens du cycle de vie.

Bakmann (1997), qui travaille au Service de consultation psychologique pour étudiants de l'Université de Zürich depuis 1989, relate que les problèmes pour lesquels les étudiants viennent consulter peuvent être rattachés à deux domaines. Le premier concerne les études (questions d'orientation et de décision, stress des examens, échecs, difficultés de travail...). Quant au second domaine, il s'agit des **difficultés psychologiques**, comme par exemple les problèmes relationnels (avec le partenaire, les parents...) et les troubles psychiques (dépression, troubles alimentaires, anxiété...). Selon elle, les étudiants se trouvent dans la phase de développement de « l'adolescence tardive ». Cette période se caractérise par une certaine stabilisation de la personnalité et l'ébauche progressive de projets de vie et d'objectifs. En outre, l'identité des étudiants n'est pas encore achevée. Ces jeunes adultes ont notamment un point commun, qui est celui de l'appartenance à l'institution universitaire, pouvant réactiver ou amplifier des conflits. La prolongation artificielle de l'adolescence par les études peut entraîner certains problèmes, comme par exemple la dépendance matérielle à l'égard des parents, qui est souvent vécue comme une source de conflits.

2.2) L'ATTACHEMENT

2.2.1) Définitions

L'attachement est défini dans le Larousse (1999) comme un « Lien affectif d'une personne avec une autre, d'un animal avec un congénère » (p.98).

Ainsworth (1989) définit le *lien affectif* comme « un lien relativement durable qui accorde de l'importance au partenaire en raison de son caractère unique et irremplaçable. Dans un lien affectif, on désire préserver l'intimité avec le ou la partenaire » (p.711).

L'*attachement* est un type particulier de lien affectif faisant intervenir un sentiment de sécurité. Lorsqu'un individu est attaché, il éprouve un sentiment de sécurité et de bien-être en présence de l'autre personne, lui servant de *base de sécurité* à partir de laquelle il peut explorer le monde (Bowlby, 1980).

Ainsi, la relation entre un adulte et son conjoint ou un(e) ami(e) contient toutes les caractéristiques de l'attachement tel qu'il a été conçu par Bowlby et Ainsworth. Selon Bowlby (1980), bien que les comportements d'attachements apparaissent moins facilement chez les individus plus âgés, une tendance à contrôler l'accessibilité des figures d'attachement et à les rechercher en cas de détresse, existe tout au long de la vie. Chez les adolescents, les parents constituent leur principale base de sécurité alors que chez la plupart des jeunes adultes, c'est le conjoint ou un pair qui fait figure d'attachement central (Bee, 1997).

Voici donc deux définitions de l'attachement adulte :

Zimmermann (2000) définit l'attachement comme un « lien affectif durable, caractérisé par la tendance d'un partenaire à rechercher auprès de l'autre la sécurité et le réconfort en période de détresse » (p.186).

Quant à Sperling et Berman (1994, in Miljkovitch ; 2001), ils définissent l'attachement adulte comme la tendance stable d'un individu à faire des efforts substantiels pour rechercher et maintenir la proximité et le contact avec un ou quelques individus particuliers qui apportent la possibilité subjective d'une sécurité physique ou psychologique. Cette tendance stable est

régulée par les modèles internes d'attachement, qui sont des schèmes de motivation cognitifs et affectifs, construits à partir de l'expérience de l'individu dans son monde interpersonnel.

L'attachement n'est donc plus seulement une théorie du premier lien, mais plus généralement des relations dyadiques intimes et de leurs implications dans des domaines variés. Autrement dit, l'attachement n'est pas un besoin qui se limite à l'enfance, il persiste tout au long de la vie.

2.2.2) Fondements théoriques :

La théorie de l'attachement a été formulée par John Bowlby entre les années 1950 et 1960. Quant à la recherche empirique, basée sur l'observation du comportement du jeune enfant, elle s'est développée suite aux travaux de Mary Ainsworth et à son fameux paradigme de la « Situation étrange » (Grossmann et Grossmann, 1998).

Les principaux auteurs à s'être intéressés à l'attachement chez l'adulte (au niveau des représentations) sont Main et Hazan & Shaver.

Ainsi, la théorie de l'attachement était essentiellement centrée sur les bébés dans les années soixante, mais elle a été ensuite étendue aux autres périodes de la vie.

A présent, nous allons explorer les deux courants théoriques qui décrivent les différentes typologies de l'attachement adulte, d'une part celles qui ont été établies grâce aux entretiens et d'autre part, celles qui sont issues des questionnaires.

2.2.2.a) Les styles d'attachement issus des entretiens

Main, Kaplan et Cassidy (1985) ont élaboré l'Adult Attachment Interview (AAI). Il s'agit d'un entretien d'environ une heure où il est demandé aux sujets de décrire et d'évaluer les relations d'attachement de l'enfance, la perte des figures d'attachement, la séparation et les effets de ses expériences sur son développement et sa personnalité. Les sujets doivent par exemple citer cinq adjectifs pour qualifier la relation avec chacun des parents lors de leur

enfance, puis de les associer à des souvenirs d'événements spécifiques. En analysant ces entretiens, Main a identifié quatre classifications d'attachement chez l'adulte :

- **Le modèle autonome** (autonomus-secure) :

Le sujet a des souvenirs aisés de ses premières relations. Il valorise les relations d'attachement. Son discours est cohérent et véridique.

- **Le modèle détaché** (dismissive) :

Le sujet veut se montrer indifférent et désengagé émotionnellement par rapport aux expériences relationnelles. Il se présente comme indépendant. Son accès aux souvenirs est limité. Son discours est cohérent mais il y a certaines contradictions.

- **Le modèle préoccupé** (preoccupied) :

Le sujet manifeste une dépendance relationnelle. Son discours est incohérent et immature, de par ses oscillations, voire son exubérance.

- **Le modèle désorganisé** (unresolved-disorganized) :

Il caractérise les individus ayant souffert de traumatismes, de mauvais traitements ou de deuils non résolus.

Miljkovitch (2001), nous apporte des informations supplémentaires sur les différentes caractéristiques du discours en fonction du modèle d'attachement lors de l'AAI :

- **Etat d'esprit sécure-autonome :**

« Les personnes sécures-autonomes ont accès à l'ensemble de leurs souvenirs d'enfance, y compris les souvenirs négatifs. Elles ont un regard objectif sur leurs relations d'attachement et y accordent de l'importance. Il y a chez elles une cohérence de la pensée et du discours, qui reflète la concordance entre les représentations généralisées et les souvenirs spécifiques qu'elles en gardent » (p.102).

- **Etat d'esprit détaché :**

En ce qui concerne les personnes présentant un état d'esprit détaché, « l'idée générale qu'elles se font de la relation avec leurs parents ne semble pas s'appuyer sur les expériences qu'elles ont vécues avec eux. Soit après avoir donné une image positive de leurs parents, elles relatent des expériences plutôt négatives, soit elles n'ont aucun souvenir qui pourrait corroborer cette

image » (p.104). Elles ont tendance à désactiver leur système d'attachement. En effet, ces personnes ont souvent connu la solitude ou le rejet durant leur enfance et afin de gérer la souffrance engendrée, elles ont été amenées à détourner leur attention des questions d'attachement. Par exemple, elles ont de la difficulté à répondre à des questions comme « Est-ce que vous pourriez me citer un exemple de tendresse, un souvenir qui vous vient à l'esprit ? » (p.104). Ainsi, elles sont très souvent dans l'incapacité d'évoquer des souvenirs d'enfance, les épisodes chargés d'affect semblent être réprimés, voire refoulés.

• **Etat d'esprit préoccupé :**

Les personnes préoccupées, quant à elles, ont recours à l'hyperactivation de leur système d'attachement. Leur discours est marqué par une quantité excessive d'informations. Elles ont souvent un manque de recul, les empêchant d'avoir une conception de soi et de leurs parents objective et équilibrée. « Dans certains cas..., les personnes semblent ne pas être encore dégagées de leurs relations d'enfance et se trouvent toujours sous l'emprise des désirs de leurs parents. Il leur est difficile d'être autonomes et de penser par elles-mêmes » (p.113).

2.2.2.b) Les styles d'attachement issus des questionnaires

Hazan et Shaver (1987), ont démontré que la typologie tripartite de Mary Ainsworth s'applique aussi au mode de relation chez l'adulte. Ils ont été les principaux auteurs à s'être intéressés à l'attachement chez l'adulte en élaborant un modèle où ils établissent des parallèles entre l'attachement filial et romantique. En effet, différentes situations montrent que ces deux types de relation se ressemblent au niveau de la manifestation de certains comportements, comme par exemple l'attitude des amants et l'interaction mère-bébé, ainsi que la réaction d'une personne veuve au décès de son conjoint et la réaction du jeune enfant à la séparation d'avec sa mère.

Ils ont élaboré un instrument de mesure (Adult Attachment Questionnaire) composé d'un item comprenant trois paragraphes. Ce sont des descriptions décrivant brièvement les comportements et les sentiments concernant la façon dont les adultes se perçoivent par rapport à leurs relations amoureuses et interpersonnelles. Autrement dit, les styles d'attachement issus de la méthode d'Hazan et Shaver mesurent un patron relationnel dominant qui n'est pas spécifique à une relation, mais qui vise à caractériser comment les

individus se comportent et se sentent dans l'ensemble de leurs relations. Voici comment ils définissent les trois styles d'attachement :

- **Le style d'attachement secure :**

Ce sont des personnes qui décrivent leur relation amoureuse comme étant plus heureuse et amicale par rapport aux deux autres styles d'attachement. Elles ont une image positive d'elles-mêmes. Elles n'ont aucune difficulté à devenir intime et à faire confiance à leur partenaire.

- **Le style d'attachement évitant :**

Ce sont des personnes qui expriment une distance émotionnelle et qui manquent de confiance envers leur partenaire. Elles sont plus autosuffisantes et affirment ne pas vraiment avoir besoin d'autrui. Elles souhaitent échapper à la dépendance affective. Elles n'arrivent pas à être proches des autres et n'apprécient également pas que l'on devienne trop intime avec elles.

- **Le style d'attachement anxieux-ambivalent :**

Ce sont des personnes qui éprouvent un sentiment de détresse et d'ambivalence par rapport à leur relation amoureuse. Elles ont un grand besoin de s'accrocher à l'autre. Elles doutent d'elles-mêmes et se sentent sous-estimées, incomprises et peu appréciées. Leurs demandes affectives sont démesurées, les menant à la frustration ou à une inquiétude concernant la relation.

Dans une de leurs recherches, Hazan et Shaver (in Miljkovitch, 2001) ont étudié le fonctionnement professionnel en fonction du style d'attachement. Leurs résultats montrent que par rapport aux insécures, les sécurisées ont une vie professionnelle plus équilibrée et satisfaisante. En ce qui concerne les évitants, ils accordent une place importante à leur travail, consacrant peu de temps à leur vie sociale. Quant aux anxieux-ambivalents, ils ont de la peine à se concentrer sur leur travail, se préoccupant souvent de leur vie relationnelle.

Bartholomew (in Miljkovitch, 2001) s'est inspirée d'une des théories de Bowlby selon laquelle un individu développe une certaine image de lui-même et des autres d'après les soins qu'il a reçus durant son enfance. Ainsi, elle a conceptualisé un modèle de l'attachement chez l'adulte en considérant deux dimensions : le modèle de soi et le modèle des autres. Chacune

de ces deux dimensions peut-être positive ou négative et, en les combinant, elle arrive à une classification comprenant quatre catégories. Avec Horowitz, ils ont élaboré le Peer Attachment Interview permettant d'évaluer les relations avec les amis proches ou les partenaires amoureux :

- **secure** :

L'individu s'engage avec aisance dans une relation et a confiance en son partenaire (modèles de soi et des autres positifs).

- **détaché** :

L'individu considère qu'il n'a pas besoin des autres et préfère garder son indépendance (modèle de soi positif, modèle des autres négatif).

- **préoccupé** :

L'individu recherche les relations proches mais croit qu'il ne mérite pas l'amour d'autrui (modèle de soi négatif, modèle des autres positif).

- **crainitif** :

L'individu a une image défavorable de lui-même et pense qu'il ne peut pas être aimé. Les autres sont perçus comme rejetant (modèles de soi et des autres négatifs).

En conclusion, un style d'attachement secure favorise un ressenti de bien-être, l'adoption de comportements constructifs et la gestion des émotions, constituant ainsi un facteur de résilience face à la détresse.

2.2.3) Recherches empiriques

En ce qui concerne les instruments de mesure employés pour la recherche, les psychologues qui travaillent sur l'attachement adulte ont pour la plupart recours à des auto-questionnaires. Ces instruments varient notamment au niveau des fondements théoriques (Ainsworth ou Bowlby), du contexte relationnel (intime, parental ou amical) et du type de mesure (catégoriel ou continu).

Il est important de considérer dans quel type de relation d'attachement adulte la problématique s'inscrit (relation conjugale ou filiale) afin de choisir la méthode d'évaluation la plus appropriée. En ce qui concerne l'AAI, il renvoie principalement aux expériences avec les parents alors que la plupart des questionnaires d'attachement adulte se réfèrent essentiellement à la relation de couple.

Qu'il s'agisse de questionnaires ou d'entretiens, la quasi-totalité est en langue anglaise et n'a pas encore été validée sur des populations francophones. Il faut souligner que les auto-questionnaires ne permettent pas de tirer les mêmes conclusions que les entretiens. La désirabilité sociale est plus susceptible d'apparaître dans les premiers. Néanmoins, ce type d'instrument est pertinent. En effet, des corrélations ont été démontrées avec des comportements observés et des entretiens (Miljkovitch, 2001).

Nous allons parcourir les résultats de différentes recherches empiriques portant sur l'attachement chez l'adulte et qui répondent aux questions suivantes : Quel est l'influence de l'âge, du sexe ? Comment les styles d'attachement sont-ils répartis ? (études comparatives), Sont-ils stables ? (études longitudinales), Sont-ils associés aux troubles psychiques ? (études psychopathologiques).

2.2.3.a) Etudes comparatives

Une des principales hypothèses d'Hazan et de Shaver (1987) est qu'il devrait y avoir en moyenne 60% des adultes catégorisés comme sécurisés, les autres étant divisés entre les évitants et les anxieux-ambivalents. Les résultats de leur étude confirment cette hypothèse (56 % sécurisé, 25 % évitant et 19 % anxieux). Aucune différence significative en ce qui concerne le sexe n'a été observée au niveau de la répartition des trois styles d'attachement. Une autre de leur hypothèse concernait la vulnérabilité face à la solitude : Les besoins d'attachement des insécures ne sont pas comblés et donc ils sont plus vulnérables à la solitude. Les résultats montrent en effet que les insécures, et particulièrement les anxieux-ambivalents, rapportent plus de sentiments de solitude.

Moreira, Bernades, Andrez, Aguiar, Moleiro, et de Fatima-Silva (1998) soulignent que plusieurs études ont montré que cet instrument constitue un prédicteur valide au niveau des caractéristiques portant sur les relations, les comportements, les cognitions et les expériences. Ils ont effectué une étude auprès de 138 étudiants universitaires au Portugal et ils ont utilisé la mesure de l'attachement de Hazan et Shaver (1987) afin d'examiner les relations entre les styles d'attachement, les compétences sociales et la personnalité. Ils n'ont pas trouvé de relation significative entre le style d'attachement et l'âge ou le sexe. De plus, leurs résultats montrent de façon significative que le choix du style d'attachement n'est pas influencé par la désirabilité sociale. En outre, il apparaît que le groupe secure est plus compétent au niveau social que les insecure. En ce qui concerne la répartition des trois styles d'attachement, leurs résultats sont assez similaires à d'autres études menées dans différents pays comme le Canada, les U.S.A, l'Australie et Israël : le style secure est toujours le plus fréquent et il varie de 64 % à 45 %. Vient ensuite le style évitant (33 % à 22 %) puis le style anxieux-ambivalent (22 % à 11 %). Voici un tableau récapitulatif des études qui ont utilisé la mesure d'Hazan & Shaver (p.566) :

Auteurs	Pays	Secure	Evitant	Anx-Amb
Hazan & Shaver, 1987, Etude 1	U.S.A.	56%	25%	19%
Hazan & Shaver, 1987, Etude 2	U.S.A.	56%	23%	20%
Levy & Davis, 1988	U.S.A.	56%	25%	19%
Pistole, 1989	U.S.A.	58%	23%	18%
Feeney & Noller, 1990	Australie	55%	30%	15%
Hazan & Shaver, 1990	U.S.A.	50%	30%	19%
Mikulincer & al., 1990	Israël	56%	25%	19%
Brennan & al., 1991	U.S.A.	45%	33%	22%
Mikulincer & al, 1993	Israël	57%	28%	14%
Kirkpatrick & Davis, 1994	U.S.A.	56%	25%	19%
Mikulincer & Orbach, 1995	Israël	64%	22%	14%
Baldwin & Fehr, 1995	Canada	56%	33%	11%
Moreira & al., 1998	Portugal	55%	25%	20%

En ce qui concerne l'étude de Paquette, Brigas et Parent (2001) réalisée auprès de sujets canadiens âgés de 14 à 44 ans à l'aide de l'Attachment Style Questionnaire, leurs résultats

dévoilent une différence au niveau de la distribution de l'attachement en fonction de l'âge et du sexe. Quant aux études ayant employé l'instrument de Bartholomew, elles ont généralement trouvé une différence en fonction du sexe (Paquette et al., 2001).

Cependant, les résultats de la majorité des études ayant utilisé des instruments mesurant l'attachement adulte n'ont généralement pas mis en évidence de corrélations significatives avec l'âge et le sexe des sujets (Sperling, Foelsch et Grace, 1996 ; Miljkovitch, 2001).

2.2.3.b) Etudes longitudinales

Dans l'ensemble, les différentes recherches mettent en évidence une tendance générale à la stabilité des modalités relationnelles de l'enfance à l'âge adulte. Lorsqu'un changement est observé, il fait souvent suite à des événements de vie importants ou à des modifications au sein de l'environnement familial.

Toutefois, chez les adultes, aucune étude longitudinale n'a été réalisée sur une très grande période. Cependant, il a été montré qu'en l'espace de plusieurs mois, les représentations d'attachement des adultes étaient susceptibles de se modifier suite à une augmentation ou à une diminution de stress. Miljkovitch (2001) souligne du reste que Bowlby n'envisageait pas l'attachement comme un état fixé définitivement dès le début de la vie, mais plutôt comme un processus qui se développe au fil des expériences.

2.2.3.c) Etudes portant sur la psychopathologie

Le courant de recherche sur les liens entre la psychopathologie adulte et le système d'attachement se développe activement depuis une vingtaine d'années. La théorie de l'attachement semble constituer une voie de recherche intéressante au niveau de la compréhension de la psychopathologie adulte, et comme le montrent les diverses études que nous allons présenter, les troubles psychiques semblent être très souvent associés avec des états d'esprit insécures, bien que la nature de cette association soit encore difficile à démontrer.

Main (1998) relate qu'une forte majorité des personnes présentant des troubles cliniques sont insécurisées. Chez les enfants, ceux qui étaient sécurisés avec leur mère, en tant que bébé, présentaient plus de ressources psychiques et de plus grandes compétences sociales et exploratoires que les enfants insécurisés. Chez les adultes, l'attachement secure-autonome est moins fréquent dans les populations présentant des troubles cliniques. Selon Main, l'étude des attachements humains est particulièrement appropriée pour mieux comprendre les facteurs de risque et de protection pouvant influencer le cours du développement.

En ce qui concerne le point de vue de Zimmermann (2000), il pense que l'organisation de l'attachement n'est pas synonyme de santé mentale, mais qu'elle peut protéger l'individu devant l'adversité. L'attachement pourrait avoir des répercussions sur les relations sociales, le concept de soi et la résistance au stress.

Une étude a montré que les étudiants qui étaient encore préoccupés par leurs relations avec leurs parents et par leur besoin d'émancipation et d'autonomie ressentait plus de stress et présentaient plus de symptômes psychiques que ceux qui étaient fortement attachés à leurs parents (Zirkel et Cantor, 1990, in Bee, 1997).

Botbol, Cupa, Tabatabaï, Branco, Menetrier et Barriguete (2000) se sont posés plusieurs questions fort intéressantes, à savoir notamment :

- Est-ce que les patterns d'attachement sont déterminants dans la santé psychique des adolescents et des jeunes adultes ?
- Existe-t-il à cet âge les mêmes tendances qu'à l'enfance, à savoir que les difficultés de développement sont plus importantes chez les insécurisées ?

Ces auteurs apportent quelques éléments de réponse en citant des études qui comparent des groupes cliniques versus non-cliniques et qui utilisent l'AAI.

Botbol et al. (2000) citent l'étude de Candelori (1998) réalisée auprès d'adolescents de 17 ans présentant des troubles du comportement alimentaire : la boulimie était généralement corrélée à la catégorie préoccupée alors que l'anorexie semblait plutôt associée à la catégorie détaché.

En ce qui concerne l'étude de Fonagy et al. (1996, in Botbol, 2000) portant sur 82 patients hospitalisés en psychiatrie et 85 sujets normaux, cinquante sujets du groupe non-clinique (59 %) et neuf patients (11 %) sont classés sécurisés.

Quant à l'étude d'Adam (1995, in Botbol, 2000) comparant 64 adolescents normaux de 15 ans et 69 qui ont fait une tentative de suicide, leurs résultats montrent que l'état d'esprit préoccupé et l'état d'esprit désorganisé sont plus fréquents dans le groupe clinique.

A la Tavistock Clinique, l'équipe de Patrick et al. (1994, in Botbol, 2000) ont comparé 12 patients borderline avec 12 patients dysthymiques : Un tiers des patients dysthymiques et tous les patients borderline sont catégorisés préoccupés.

L'équipe de Botbol et al. (2000) nous révèle donc que de nombreuses études ont démontré l'existence de différences très significatives entre les populations cliniques et non-cliniques par rapport aux patterns d'attachement. De plus, il semblerait que certaines manifestations psychopathologiques soient corrélées à certains patterns d'attachement : « Globalement, ces études concluent que les manifestations symptomatiques internalisées (anxiété, dépression...) sont davantage corrélées à des patterns « préoccupés » alors que les manifestations externalisées (troubles des conduites, toxicomanie, tentative de suicide...) sont plus volontiers liées à des patterns « détachés » » (p.76). Ces auteurs concluent que le concept d'attachement est susceptible d'être repris dans des perspectives étiopathogéniques très diverses et qu'il implique d'importantes questions théoriques. Selon eux, il s'agira de déterminer si certains patterns d'attachement peuvent constituer, dès la petite enfance, des facteurs de vulnérabilité ou de résilience chez les adolescents et les jeunes adultes.

En conclusion, rappelons, comme le souligne Miljkovitch (2001), que « bien que les notions abordées par les théoriciens de l'attachement aient pu être opérationnalisées et testées sur des échantillons de personnes, il ne faut pas perdre de vue leur nature conceptuelle. Tout comme les concepts psychanalytiques, elles ne sont pas des réalités objectives. Ce sont des outils de pensée utiles au chercheur pour identifier et expliquer certains phénomènes psychologiques, et au clinicien pour le guider dans sa démarche thérapeutique » (p. 249).

2.3) L'ESTIME DE SOI

Comme nous allons le voir, l'estime de soi sociale est l'une des composantes de l'estime de soi. Quant à l'estime de soi, c'est l'une des multiples facettes du concept de soi. En effet, le soi est un concept multidimensionnel : C'est une organisation hiérarchisée d'un ensemble de perceptions recouvrant les aspects les plus variés quant à la façon dont la personne se perçoit. Ainsi, en ce qui concerne les définitions et les théories, nous présenterons d'abord celles portant sur le concept de soi, puis l'estime de soi et enfin l'estime de soi sociale.

2.3.1) Définitions

- **concept de soi :**

La définition du concept de soi dépend de l'école de pensée à laquelle elle est rattachée (L'Ecuyer, 1978). En effet, il y a le *soi phénoménal* de Rogers, qu'il définit comme une configuration organisée de perceptions de soi accessibles à la conscience. A l'opposé, il y a le *soi non phénoménal*, représentant principalement l'objet d'étude de l'approche psychanalytique et qui se réfère aux aspects inconscients, une partie du soi pouvant demeurer inconnue ou déformée par les mécanismes de défense. Quant à certains sociologues dont Mead et Cooley, ils envisagent le soi comme un produit de la société ; c'est à travers les interactions sociales que l'individu introjecte la façon dont les autres le perçoivent.

Selon L'Ecuyer (1978), le concept de soi reflète la façon dont la personne se perçoit, autrement dit, ce sont les attitudes, sentiments et évaluations que l'individu éprouve à son égard. En outre, le concept de soi peut aussi être envisagé comme constituant un ensemble de processus régissant le comportement, l'action.

L'Ecuyer souligne qu'en Amérique, l'expression soi ou concept de soi est fréquemment utilisée, alors que les chercheurs européens emploient plutôt les expressions suivantes : image de soi, perception de soi, représentation de soi ou conscience de soi. Cependant, L'Ecuyer constate que quel que soit le terme utilisé, « tous, Américains comme Européens, réfèrent sensiblement aux mêmes contenus : ensemble de traits, d'images, de sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même, influencé par l'environnement et

organisé de façon plus ou moins consistante » (p.34). Ainsi, L'Ecuyer suggère de considérer ces différents termes comme des synonymes.

- **l'estime de soi :**

En ce qui concerne la définition de l'estime de soi, il est difficile de décrire ce concept sans ambiguïté et en ayant l'unanimité des auteurs car il est fortement représenté dans la littérature. En effet, que ce soit les psychanalystes, les behavioristes, les psychosociologues ou les humanistes, ils définissent et conceptualisent tous l'estime de soi en fonction de leur vocabulaire et de leur contexte théorique (Diguer et Renaud, 1990).

Quoi qu'il en soit, la plupart des professionnels s'accordent à définir l'estime de soi comme un *sentiment de valeur personnelle*.

En ce qui concerne Harter (1998), il la définit comme « 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. » (pp. 57-58). Quant à Bouvard (1999), elle la définit ainsi : « appréciation positive ou négative de l'individu sur lui-même issue du système de valeurs personnelles ou imposées par l'extérieur au cours de l'enfance » (p.195).

- **l'estime de soi sociale :**

Elle peut se définir comme le *sentiment de valeur personnelle dans les situations sociales*.

2.3.2) Théories et modèles du concept de soi

Etant donné que les théories développées sur le concept de soi découlent de différentes approches, nous présenterons dans un premier temps les précurseurs, puis l'approche phénoménale (sociale et individualiste) et pour finir l'approche psychosociale. Cependant, d'autres approches, telles la psychanalyse et la psychologie expérimentale ont également

intégré le concept de soi dans leur système, mais nous ne les développerons pas dans le cadre de cette recherche.

• Les précurseurs :

En ce qui concerne les précurseurs (L'Ecuyer, 1978), l'intérêt pour le concept de soi trouve son origine dans le fameux ouvrage de James de 1890, « Principles of Psychology », où il consacre le dixième chapitre à la conscience de soi (« The Consciousness of Self »).

James identifia **quatre grandes composantes du soi** :

- le *soi matériel* (corps de l'individu et ses possessions matérielles et personnelles),
- le *soi social* (considérations que l'individu ressent dans son environnement, tels le type de réputation qu'il a dans son milieu, l'impression de reconnaissance qu'il reçoit des ses proches),
- le *soi spirituel* (les facultés, dispositions, capacités physiques et intellectuelles, intérêts, aspirations...),
- le *pur ego* (le sens d'identité ou de continuité entre les divers soi).

En outre, James mettait déjà en évidence la propriété multidimensionnelle du soi et il avançait l'idée d'une organisation hiérarchique des divers éléments du concept de soi entre eux. De plus, dans son modèle du soi, il anticipait déjà le caractère éminemment social du soi.

Grâce à certaines idées originellement émises par James, Baldwin (1897) et Cooley (1902), ainsi que leurs successeurs Wallon (1934) et Mead (1934), ont tenté de mettre en évidence l'immense apport de **la société** et de **l'autre** dans l'élaboration du concept de soi (L'Ecuyer, 1978).

• L'approche sociale :

En ce qui concerne l'approche sociale du concept de soi, L'Ecuyer (1978) cite les modèles de Gordon (1968), Tomé (1972) et Ziller (1973). Ces trois modèles font clairement ressortir le **rôle de l'autre** dans le processus d'élaboration de son propre concept de soi. Cependant, le degré d'importance de cet « autre » varie en fonction de la théorie de base de ces auteurs ainsi qu'en fonction de la force du conditionnement social qu'ils perçoivent.

• L'approche individualiste :

Quant aux auteurs des modèles représentant cette approche, tout en reconnaissant le rôle de l'autre dans la différenciation du concept de soi, ils lui attribuent une importance plus limitée. En effet, ils mettent surtout en évidence « la possibilité chez l'individu d'opérer une sélection, une équilibration entre les perceptions proposées par l'extérieur et celles qu'il a de lui-même pour parvenir à une conception finalement quand même individualisée et personnalisée de soi » (p.66, L'Ecuyer, 1978). Ce dernier cite les modèles de Combs et Snygg (1959), Burgental (1949-1964), Super (1963) et L'Ecuyer (1975).

En ce qui concerne spécifiquement l'étude du concept de soi sur tout le cycle de vie, ce n'est qu'autour des années septante qu'apparaît un réel intérêt pour ce sujet. Se demandant « Comment éduquer, rééduquer, traiter, conseiller, orienter adéquatement à partir du concept de soi sans une profonde connaissance non seulement de ses caractéristiques pathologiques, mais aussi des particularités de son développement normal durant la vie entière ? » (p.43), l'objectif principal de L'Ecuyer (1994) a toujours été d'étudier le développement normal du concept de soi de l'enfance à la vieillesse. Pour ce faire, il a adapté une méthode autodescriptive, dérivée du « Who Are You ? », où la personne se décrit spontanément telle qu'elle se perçoit. Ses travaux montrent que les perceptions qu'une personne a d'elle-même diffèrent d'un âge à l'autre, d'une période de vie à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'une même dimension. A partir de l'analyse des protocoles, L'Ecuyer a mis en évidence **six stades de développement du concept de soi de 0 à 100 ans** (pour plus de détails, se référer au tableau de la page 77).

En outre, L'Ecuyer (1978) a élaboré un « modèle expérientiel-développemental » du concept de soi, divisé en **trois paliers d'organisation** : Il y a tout d'abord les *structures du soi*, constituant les cinq grandes régions du soi (soi matériel, personnel, adaptatif, social et non soi). Ces structures sont subdivisées en *sous-structures du soi*, et ces dernières sont décomposées en plusieurs *catégories du soi* (pour plus de détails, se référer au tableau de la page 80).

En ce qui concerne le **Soi Social**, cette structure indique que la personne s'ouvre aux autres, entre en interaction avec les autres, ou encore elle décrit le type d'interaction positive ou négative existant entre la personne et autrui. La catégorie *réceptivité aux autres*, rattachée à la sous-structure *Préoccupations et Attitudes Sociales*, nous intéresse particulièrement dans le cadre de notre recherche. En effet, elle met l'accent sur la façon dont la personne perçoit son

attitude envers les autres : communication positive avec autrui et, parfois, simple refus ou difficulté de communiquer.

Entre 17-18 ans et 21-23 ans (*sous-stade IV-B : l'adaptation du soi*) ainsi qu'entre 24-25 ans et 42-43 ans (*sous-stade V-B : la polyvalence du soi*), le *Soi social* demeure une dimension centrale, notamment à cause de l'importance attachée à la *réceptivité aux autres*. En ce qui concerne les 17-23 ans, l'aspect qui domine est le besoin d'amitié profonde. Cependant, l'orientation vers les autres semble être plus marquée chez les femmes, qui paraissent également éprouver davantage le besoin d'être aimées et acceptées. Certaines personnes de cet âge évoquent des aspects négatifs, tels ne pas aimer les autres, fuir la compagnie. L'intervalle entre 21 et 25 ans constitue une période de transition entre l'adolescence et la maturité adulte. Entre 24 et 43 ans, les contenus de la dimension *réceptivité aux autres* sont en continuité avec ceux du sous-stade précédent. Deux aspects sont particulièrement fréquents, à savoir l'importance des autres et le type d'interaction sociale qui est établi avec autrui. Chez certaines personnes, il existe une certaine réserve, cependant, de façon générale, les femmes dévoilent une ouverture aux autres plus marquée que les hommes.

• **L'approche psychosociale :**

Les chercheurs se rattachant à cette approche conçoivent que le *Soi social* est structuré par **trois composantes principales**, à savoir la cognition (concept de soi), le comportement (présentation de soi) et l'affect (estime de soi).

Le concept de soi se réfère à la manière dont les individus décident de ce qu'ils sont. Les feed-back des autres, l'attention prêtée aux caractéristiques qui distinguent d'autrui et les rôles sociaux semblent constituer des facteurs importants au niveau du concept de soi.

En ce qui concerne la représentation de soi, elle reflète les efforts fournis par l'individu pour contrôler l'impression qu'il va donner. Les personnes semblent faire preuve d'humilité en public tout en s'autovalorisant en privé.

Quant à l'estime de soi, elle représente la façon dont les individus s'évaluent sur la base de leurs auto-conceptions. En général, les personnes montrent un biais d'auto-complaisance dans leurs évaluations et préfèrent se comparer avec les autres par rapport à des dimensions où elles sont particulièrement douées (Martinot, 1995).

Ces diverses approches du concept de soi ont été ensuite appliquées à des travaux très spécifiques, telles les recherches portant sur l'image corporelle, le soi idéal, l'estime de soi...

2.3.3) Théories et modèles de l'estime de soi

L'intérêt porté à ce concept se retrouve dans **plusieurs domaines de la psychologie** :

En effet, certaines théories de la personnalité attribuent un rôle majeur à l'estime de soi en ce qui concerne le développement de l'individu (Sullivan, 1953 ; Hartman, 1958 ; Berne, 1961 ; Erikson, 1968 ; in Gauthier, Samson et Turbide, 1981).

En outre, divers modèles psychologiques mettent en relation le développement de difficultés psychologiques et le concept de soi (Maslow, 1962 ; Coopersmith, 1967 ; Jakobson, 1971 ; in Gauthier et al., 1981).

Enfin, pour certains psychothérapeutes, l'un des objectifs principaux est d'augmenter le niveau d'estime de soi (Rogers, 1951 ; Ellis, 1962 ; Beck, 1967 ; Lazarus, 1971 ; in Gauthier et al., 1981).

Certains chercheurs postulent que **l'estime de soi comprend plusieurs facettes**, spécifiques à différents domaines, qui peuvent fonctionner de façon relativement indépendante les unes des autres (André & Lelord, 1999 ; Bouvard, 1999). Ainsi, l'individu peut avoir une estime de soi différente selon les domaines considérés (le physique, les loisirs, le travail, la famille, les rapports sociaux, la morale...) en plus d'avoir une estime de soi globale. Cependant, en ce qui concerne d'autres chercheurs, ils pensent qu'il est impossible de compartimenter l'estime de soi, ils la considèrent comme un regard global sur soi-même.

Récemment, les modèles postulants une perspective globale **unidimensionnelle** du soi ont été contestés, à la faveur de modèles **multidimensionnels** du soi qui décrivent de façon beaucoup plus adéquate la phénoménologie de l'évaluation de soi. En effet, le sujet s'évalue différemment en fonction des domaines considérés. Le nombre de domaines qui peuvent être différenciés augmente avec le développement, à partir de l'enfance, jusqu'à l'âge adulte (Harter, 1998). Cependant, dans les modèles qui prévalent aujourd'hui, il n'y a pas d'opposition entre ces deux perspectives. En effet, Rosenberg (1979) défendait déjà l'idée qu'il fallait considérer à la fois l'estime de soi globale, tout en se centrant sur ses

composantes, car les deux sont présentes chez l'individu, en tant qu'entités séparées et distinctes et elles doivent donc être étudiées chacune séparément. En effet, des recherches ont clairement démontré qu'à partir de l'âge de huit ans, les enfants sont capables de fournir des évaluations globales en tant que personne, tout en pouvant aussi donner des évaluations spécifiques variant selon les domaines considérés.

En ce qui concerne les **déterminants de l'estime de soi**, voici les hypothèses de James et Cooley :

James (1892 ; in Harter, 1998) concevait que l'estime de soi était déterminée par le rapport entre les succès et les échecs en fonction des aspirations de l'individu à réussir : Si les succès sont égaux ou supérieurs à ses aspirations, l'individu a une haute estime de lui-même. Au contraire, l'estime de soi est faible lorsque les aspirations de l'individu dépassent ses réussites effectives. Cependant, si l'individu ne réussit pas dans un domaine auquel il attribue peu d'importance, cela n'aura pas d'influence au niveau de son estime de soi. Autrement dit, « nous nous estimons en ce monde exactement d'après ce que nous prétendons être et prétendons faire ; nous prenons pour mesure de notre valeur le rapport qu'il y a entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous pensons pouvoir obtenir. » (James, 1998, p. 51).

Quant au modèle de Cooley (in Harter, 1998), il met en évidence que le regard positif des autres est un déterminant important de l'estime de soi. En effet, Cooley postulait que le sentiment de valeur de soi est le fruit d'une construction sociale : L'estime de soi de l'individu augmente si les autres ont une haute opinion de lui. Au contraire, si les autres ont une opinion négative de lui, l'individu l'intègre et développe alors une faible estime de soi.

Ces deux modèles théoriques peuvent être testés et appliqués aux résultats d'études dans ce domaine afin d'avoir une meilleure compréhension des phénomènes observés et ils fournissent aussi un guide pour l'intervention.

En ce qui concerne André & Lelord (1999), ils soulignent que bien que les bases de l'estime de soi s'élaborent durant l'enfance, elles ne demeurent pas cristallisées à l'âge adulte. En effet, elles continuent d'évoluer et elles fluctuent suivant les événements. Selon eux, l'estime de soi est vitale par rapport à l'équilibre psychologique de chacun. Si elle est positive, elle permet de se sentir bien dans sa peau, de faire face aux difficultés et d'agir efficacement. Par contre, si elle est négative, elle entraîne des souffrances et des désagréments.

Ils considèrent que l'estime de soi repose sur **trois éléments** qui entretiennent des liens d'interdépendance : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. D'après eux, « le

bon dosage de chacune de ces trois composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse » (p.14).

Voici un tableau qui illustre les trois piliers de l'estime de soi, en retraçant leurs origines, leurs bénéfices et les conséquences en cas de manque (p.20).

	Amour de soi	Vision de soi	Confiance en soi
Origines	Qualité et cohérence des nourritures affectives reçues par l'enfant	Attentes, projets et projections des parents sur l'enfant.	Apprentissage des règles d'action (oser, persévérer, accepter les échecs).
Bénéfices	Stabilité affective, relations épanouissantes avec les autres ; résistance aux critiques ou rejets.	Ambitions et projets que l'on tente de réaliser ; résistance aux obstacles et aux contretemps.	Action au quotidien facile et rapide ; résistance aux échecs.
Conséquences en cas de manque	Doutes sur ses capacités à être apprécié(e) par autrui, conviction de ne pas être à la hauteur, image de soi médiocre, même en cas de réussite matérielle.	Manque d'audace dans ses choix existentiels, conformisme, dépendance aux avis d'autrui, peu de persévérance dans ses choix personnels.	Inhibitions, hésitations, abandons, manque de persévérance

André et Lelord, en prenant en compte le niveau et la stabilité de l'estime de soi, ont mis en évidence quatre grands types d'estime de soi qui permettent de comprendre tout un ensemble de réactions (comme par exemple les réactions face aux succès, aux compliments, aux échecs, aux critiques...) :

• **Haute estime de soi stable :**

Les circonstances extérieures et les événements de vie ont peu d'influence sur l'estime de soi du sujet. Il ne consacre donc pas beaucoup de temps et d'énergie à la défense ou à la promotion de son image.

• **Haute estime de soi instable :**

Bien qu'élevée, l'estime de soi de ces personnes peut subir des à-coups importants, notamment lorsqu'elles sont placées dans un contexte compétitif ou déstabilisant. Elles réagissent alors avec vigueur à la critique et à l'échec. Elles pratiquent l'autopromotion en mettant en avant leurs succès ou leurs qualités de façon excessive.

• **Basse estime de soi stable :**

L'estime de soi est peu mobilisée par les événements extérieurs, même favorables. La personne semble consacrer peu d'effort à la promotion de son image et de son estime de soi, dont elle accepte et subit en quelque sorte le bas niveau.

- **Basse estime de soi instable :**

L'estime de soi de ces sujets est globalement sensible et réactive aux événements extérieurs, qu'ils soient positifs ou négatifs. Elle passe régulièrement, à la suite de succès ou de satisfactions, par des phases où elle est plus élevée que d'habitude. Cependant, ces progrès sont souvent labiles, et son niveau redescend peu après, lorsque de nouvelles difficultés surviennent.

2.3.4) Méthodes de mesure

Toute analyse d'un domaine de connaissance soulève le problème du choix de la méthode. En ce qui concerne les méthodes de mesures du concept de soi, il y a **deux positions opposées**, à savoir les techniques d'inférence et les méthodes auto-descriptives. Les premières constituent des observations de séquences de comportement, des analyses d'entretien ou des interprétations de tests projectifs. Quant aux secondes, il s'agit de demander aux sujets de se décrire librement ou alors de se décrire à partir d'une liste d'adjectifs ou de phrases du type « Q-sort ». Les chercheurs qui ont recours aux techniques descriptives ont généralement pour hypothèse que si le soi réfère bien à la façon dont l'individu se perçoit, alors le seul moyen de le connaître est de le lui demander. Quant à leurs opposants, ils postulent, au contraire, que le seul moyen d'obtenir une image objective et réaliste du concept de soi est de recourir aux techniques d'inférence car les mécanismes de défense de l'individu le rendent incapable de fournir une description adéquate de lui-même. Quoi qu'il en soit, ces deux grandes approches évaluatives ont chacune leurs faiblesses et leurs avantages. En outre, elles investiguent des niveaux différents du concept de soi. En effet, les méthodes auto-descriptives atteignent le soi conscient à travers la « subjectivité » du sujet alors que les techniques d'inférence permettent d'accéder au soi inconscient par le biais de « l'objectivité » de l'expérimentateur. L'Ecuyer (1978) conclut que le choix d'une de ces méthodes ne peut pas constituer l'unique vérité, car quelle que soit l'approche adoptée, elle est valable à condition d'en limiter l'interprétation strictement au niveau du concept de soi réellement atteint : « ...tout le problème des méthodes d'exploration est moins une question de supériorité de certaines techniques par rapport à d'autres, mais plutôt une question de reconnaissance et d'acceptation des divers niveaux d'exploration et de leurs limites » (p.136).

En ce qui concerne les différents outils mesurant l'estime de soi, Wylie (1974, in Gauthier et al., 1981), les a décrits et elle a également émis des critiques et des suggestions. Selon elle, les mesures les plus utiles et les plus valables proviennent des échelles qui comprennent un ensemble d'items suffisamment homogènes et qui se réfèrent non pas à l'estime de soi globale mais plutôt à des mesures spécifiques d'estime de soi.

En ce qui concerne spécifiquement l'estime de soi, les deux instruments les plus connus sont *l'Echelle d'Estime de Soi* de Rosenberg (1965) et *l'Inventaire de l'Estime de Soi* de Coopersmith (1967).

Quant à l'estime de soi sociale, il y a une carence des mesures en milieu francophone. En milieu anglophone, il existe deux mesures principales : le *Social Self-Esteem Inventory* (Lawson, Marshall et McGrath, 1979) et le *Non Verbal Self-Social Esteem Measure* (Ziller, Hagly, Smith et Long, 1969 ; in Gauthier et al., 1981). Ce dernier instrument a été fortement critiqué par Wylie, notamment au niveau des postulats de base du test ainsi que par rapport à sa validité. Pour ces raisons, Gauthier et al. (1981) ont préféré traduire et évaluer la mesure de Lawson et al. Leurs résultats montrent que le *Social Self-Esteem Inventory* est un instrument dont les qualités psychométriques sont excellentes (facteur général, consistance interne, fidélité test-retest, erreur-type de mesure).

2.3.5) Recherches empiriques

Lors des recherches entreprises dans ce domaine, différentes variables ont été testées afin de voir leur influence sur le niveau d'estime de soi. Nous pouvons citer le sexe, l'âge, l'ethnie, la santé, le contexte scolaire...

En ce qui concerne l'estime de soi en général, voici quelques données récoltées dans diverses études :

Une bonne estime de soi est caractéristique de la santé mentale en général (Chrzanowski, 1981, Wylie 1974 ; in Diguer et Renaud, 1990).

Selon Rosenberg (1979), les individus ayant une faible estime de soi sont plus vulnérables aux différents troubles psychiques.

A l'instar de ces derniers, André et Lelord (1999) soulignent que « beaucoup de difficultés psychologiques sont liées à des problèmes d'estime de soi. Ceux-ci peuvent être impliqués

dans l'origine des troubles (c'est le cas des complexes), dans leur maintien (c'est le cas de la dépression), ou dans la honte que les patients prouvent lorsqu'ils sont confrontés au jugement social (c'est le cas de l'alcoolisme) » (p.198).

Selon Hollon et Zolik (1962, in Diguier et Renaud, 1990), les déficits de l'estime de soi représentent une des sources majeures de la souffrance psychique qui incite les gens à consulter. En effet, un des motifs fréquents qui pousse les gens à entreprendre une psychothérapie est le fait d'avoir une faible estime de soi.

Diguier et Renaud (1990) ont mené une étude auprès d'un échantillon comprenant la clientèle du Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval ainsi qu'un groupe contrôle. Pour mesurer l'estime de soi, ils ont choisi une des sous-échelles du Personal Orientation Inventory. Leurs résultats corroborent ceux trouvés par d'autres auteurs et montrent donc que les personnes qui ne consultent pas ont une estime de soi plus élevée que celles qui consultent. Il s'avère que sur une période de huit mois, l'estime de soi a augmenté de façon significative chez les sujets qui suivent une psychothérapie tandis qu'elle est demeurée stable pour la population générale.

Ainsi, plusieurs recherches ont mis en évidence de fortes corrélations entre l'estime de soi et l'humeur ou les affects :

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, les personnes présentant un épisode dépressif majeur ou un trouble dysthymique ont un score d'estime de soi plus bas que des sujets normaux (Bouvard, 1999). Une faible estime de soi peut provoquer une réaction émotionnelle très forte, comme la dépression (Harter, 1998). Plus l'estime de soi est altérée, plus la dépression est grave et risque de se prolonger en l'absence de traitement adapté. Quant au trouble bipolaire, lors de la phase maniaque, il y a au contraire une augmentation de l'estime de soi, des idées de grandeur (André et Lelord, 1999).

En ce qui concerne l'alcoolisme, pour les personnes dont l'estime de soi est fragile, l'alcool constitue souvent une tentation. En effet, les individus ayant une basse estime de soi cherchent à oublier leurs sentiments d'échec, rencontrent plus de difficultés à agir et sont plus sensibles à être conformes au sein d'un groupe, ils adoptent alors plus facilement des conduites d'alcoolisation. La plupart des alcooliques chroniques ont une faible estime de soi (André et Lelord, 1999).

En ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, ils sont étroitement liés à l'estime de soi. En effet, les personnes ayant une faible estime de soi ont davantage tendance à

grignoter ou à trop manger. Le doute de soi peut les faire basculer dans la boulimie (André et Lelord, 1999).

En ce qui concerne la schizophrénie, des études ont dévoilé que les personnes souffrant de ce trouble ont un score d'estime de soi plus mauvais que des sujets normaux (Bouvard, 1999).

En ce qui concerne les traumatismes psychologiques, les victimes d'agressions (verbales, physiques ou sexuelles) présentent une estime de soi en général ébranlée (André et Lelord, 1999).

Quant aux troubles de la personnalité, le borderline présente une mauvaise estime de soi alors que le narcissique montre une très haute estime de lui-même (André et Lelord, 1999).

Comparées aux études sur l'estime de soi globale, celles portant sur l'estime de soi sociale sont moins nombreuses.

Selon Bouvard, Guérin, Rion, Bouchard, Ducottet, Séchaud, Mollard, Robbe Grillet et Cottraux (1998), les sujets ayant un déficit au niveau de l'assertivité tels un trouble de la personnalité évitante ou une phobie sociale ont un niveau d'estime de soi social plus faible que des sujets contrôles. Dans ces deux groupes, il n'y a pas de différence significative lorsque le score des femmes et des hommes est comparé.

Quant à la recherche de Oubrayrie, de Léonardis et Safont (1994), elle met en évidence le fait que l'estime de soi sociale ne diffère pas en fonction du sexe chez des élèves de 13 à 20 ans. Par contre, elle varie en fonction de l'âge : les élèves âgés de 17 à 20 ans ont des scores supérieurs à ceux qui ont entre 13 et 16 ans.

2.4) LIENS ENTRE L'ATTACHEMENT ET L'ESTIME DE SOI SOCIALE

Vers la fin de la première année, le jeune enfant élabore un modèle interne du concept de soi ainsi qu'un modèle interne d'attachement. Ces deux modèles continuent de se développer et de se consolider ultérieurement.

Bee (1997), souligne que la classification des différents types d'attachement est vraiment très utile pour prédire une vaste gamme de comportements chez l'enfant. En effet, des études ont mis en évidence certaines différences entre les enfants fortement attachés ou faiblement attachés. Les enfants fortement attachés, lorsqu'ils sont plus âgés, présentent certaines caractéristiques, notamment au niveau de l'estime de soi (ils ont une meilleure estime de soi) ainsi que par rapport à leur sociabilité (ils se montrent plus aimables avec leurs pairs, sont plus populaires et possèdent plus d'amis. Ils sont plus sociables avec les adultes étrangers et manifestent moins de peur à leur égard).

Quant à Zimmermann (2000), il a observé que chez les jeunes adultes, une représentation d'attachement sécurisant est généralement associée à une plus grande force du moi, à un concept de soi positif, à moins d'hostilité, d'anxiété, de désespoir, ainsi qu'à moins de symptômes cliniques.

André et Lelord (1999) soulignent que les relations sentimentales entretiennent des liens très forts avec l'estime de soi. Les deuils sentimentaux affectent profondément l'estime de soi ; les personnes souffrant de chagrin d'amour ont des niveaux d'estime de soi bas. Ils citent Freud, qui disait que dans la vie amoureuse, être aimé élève le sentiment d'estime de soi tandis que le fait de ne pas l'être le rabaisse. En ce qui concerne les relations amicales, il en va de même. En effet, elles jouent également un rôle important au niveau de l'estime de soi, tant en la nourrissant qu'en la stabilisant.

Les recherches empiriques ont toutes mis en évidence une relation significative entre l'estime de soi et l'attachement. Leurs échantillons comprenaient généralement des étudiants. Par rapport aux instruments de mesure, la plupart ont utilisé l'auto-questionnaire d'estime de soi

globale de Rosenberg, mais pour l'attachement les outils d'investigation étaient souvent différents.

L'étude de Meyer (1998), réalisée auprès de 323 étudiants américains et utilisant la mesure d'Hazan et Shaver, met en évidence le fait que les sécures ont un score d'estime de soi plus élevé et un niveau de détresse psychologique plus faible que les évitants et les anxieux-ambivalents.

Quant à l'étude de Leondari et Kiosseoglou (2000) effectuée auprès de 153 étudiants d'une université grecque à l'aide du questionnaire de Armsden et Greenberg, leurs résultats montrent également que les étudiants ayant un attachement sécure ont un score d'estime de soi plus élevé comparé à ceux qui ont un attachement insécure.

En ce qui concerne les résultats de la recherche de Man et Hamid (1998), dont la population était composée de 225 étudiants en enseignement en Chine qui ont rempli le questionnaire de Bartholomew et Horowitz, il s'est avéré que les sujets avec un style d'attachement préoccupé, détaché ou désorganisé ont une estime de soi plus basse que ceux ayant un attachement sécure. Quant à l'étude de Bylsma, Cozzarelli et Sumer (1997) utilisant le même instrument de mesure, leurs résultats montrent aussi que les participants sécures et détachés ont des scores d'estime de soi globale plus élevés que ceux qui sont préoccupés ou désorganisés.

A notre connaissance, aucune recherche n'a étudié les relations entre le style d'attachement et l'estime de soi sociale. Toutefois, sachant que les résultats de diverses études sont en accord avec la théorie de l'attachement en montrant que l'attachement sécure est associé positivement avec plusieurs mesures du bien-être, dont l'estime de soi globale, nous pouvons supposer qu'il en va de même pour l'estime de soi sociale. Nous verrons ce qu'il en est lors de notre recherche.

2.5) HYPOTHESES THEORIQUES

Dans le cadre de ce travail de recherche, trois hypothèses théoriques principales sont formulées. La première se réfère à l'attachement, la seconde à l'estime de soi sociale et la troisième porte sur la relation entre ces deux concepts théoriques.

• Hypothèse n°1 :

Il existe une différence au niveau de la répartition des styles d'attachement entre les étudiants qui ont consulté et ceux qui n'ont encore jamais consulté.

Cette hypothèse s'étaye sur l'étude de Botbol et al. (2000), qui a démontré l'existence d'une différence significative au niveau des patterns d'attachement entre les populations cliniques et contrôles.

• Hypothèse n°2 :

Il existe une différence en ce qui concerne le niveau d'estime de soi sociale entre ces deux groupes d'étudiants.

Cette hypothèse s'appuie sur la recherche de Diguier et Renaud (1990), selon laquelle les personnes qui ne consultent pas présentent une estime de soi plus élevée que celles qui consultent. Bien que ces résultats concernent uniquement l'estime de soi globale, nous supposons qu'il en va de même pour l'estime de soi sociale.

• Hypothèse n°3 :

Il y a une relation entre le style d'attachement et le niveau d'estime de soi sociale.

Cette hypothèse se fonde sur les travaux de Meyer (1998) dont les résultats montrent que les sécures ont une estime de soi globale plus élevée que les insécures. Bien que cette recherche ne porte pas spécifiquement sur l'estime de soi sociale, nous supposons qu'un tel lien existe aussi avec ce concept.

3) METHODOLOGIE

Soucieux d'adopter une démarche scientifique, nous allons tenter de commenter au mieux la méthode employée dans le cadre de cette recherche en explicitant les points suivants : le lieu de l'étude, la population, les considérations éthiques, la procédure employée, le recueil et l'analyse des données, les variables en jeu et pour finir, les hypothèses opérationnelles.

3.1) LIEU DE RECHERCHE

Cette étude s'est déroulée à la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes (CPJA), lors d'un stage post-licence de psychologue. La CPJA est un service universitaire dont l'objectif principal est d'offrir aux étudiants un espace de consultation pour des demandes d'ordre psychologique. En moyenne, il y a trois entretiens semi-structurés d'une durée de 45 minutes chacun. Parfois, suivant les demandes, un entretien suffit, dans d'autres situations, cela peut aller jusqu'à cinq entretiens. Le but de ces entretiens est de comprendre et de clarifier la demande, les attentes et la situation de l'étudiant. Suivant la problématique, ces entretiens peuvent permettre au jeune adulte d'envisager sa situation sous un autre angle, de se sentir rassuré et de surpasser un moment de vie difficile. Cependant, lorsque la souffrance éprouvée est telle, certains ressentent le besoin d'entreprendre une thérapie. La finalité des entretiens consiste donc principalement à repérer les difficultés et les ressources de l'étudiant afin de l'orienter, si besoin est, vers l'approche thérapeutique qui lui convient le mieux.

Afin de mieux cerner la population de la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes, voici un aperçu tiré des statistiques que nous avons effectuées du 1^{er} octobre 2001 au 22 avril 2002 (non publié) concernant 160 jeunes adultes qui sont venus en consultation durant cette période. En ce qui concerne le sexe, les deux-tiers des étudiants qui sont venus en consultation sont des femmes. Un tiers des étudiants sont en première année académique, pour les autres années (de la deuxième à la quatrième ainsi que pour les post-grades), le nombre d'étudiants est à peu près semblable. L'âge moyen est de 25 ans. Quant à la répartition des étudiants en fonction de leur faculté, la plus représentée est celle de

Psychologie et des Sciences de l'éducation, suivie des Lettres puis des Sciences économiques et sociales (ce sont également en nombre les trois plus grandes facultés de l'Université de Genève). En ce qui concerne l'origine des étudiants, la grande majorité est suisse (70 %), puis viennent ensuite les Français, les Espagnols, les Algériens, les Italiens et enfin diverses nationalités issues de tous les continents. Quant aux motifs de consultation, ils sont généralement d'ordre psychologique : stress, dépression, problèmes interpersonnels, angoisses, phobies, anorexie, boulimie, échecs, délires, abus sexuels et problèmes psychosomatiques. Une autre partie des demandes concerne les orientations thérapeutiques, professionnelles ou estudiantines ainsi que des problèmes administratifs.

3.2) POPULATION

Cette recherche a été réalisée grâce à la participation de jeunes adultes âgés de 20 à 28 ans. La population de cette recherche comprend uniquement des étudiants qui sont inscrits dans différentes facultés de l'Université de Genève. L'échantillon se compose de 60 étudiants répartis en deux groupes de 30 sujets. Chaque groupe est composé de 15 femmes et de 15 hommes.

3.2.1) Le groupe clinique (les demandeurs)

Ce groupe est composé d'étudiants qui ont eu recours à la CPJA de l'Université de Genève. Les étudiants (généralement ceux de psychologie) dont la demande est d'obtenir des coordonnées afin d'entreprendre une psychothérapie à visée didactique sont exclus de l'échantillon ainsi que ceux dont le psychologue a estimé d'après son jugement et son intuition clinique que cela pouvait aggraver leur état de santé psychique.

La moyenne d'âge de ce groupe est de 23,6 ans. 60 % des étudiants sont de nationalité suisse.

3.3.2) Le groupe contrôle (les non-demandeurs)

Ce sont des étudiants de l'Université de Genève qui n'ont jamais consulté un service de santé mentale et qui disent ne pas ressentir le besoin de consulter au moment de la passation des questionnaires. Ainsi, seuls ceux qui ont répondu par la négative aux deux questions suivantes

font partie de l'échantillon : « Avez-vous déjà consulté un professionnel pour des motifs d'ordre psychologique ? » et « Ressentez-vous actuellement le besoin de consulter ? ».

La moyenne d'âge de ce groupe est de 23,1 ans. Deux-tiers des étudiants sont de nationalité suisse.

3.3) CONSIDERATIONS ETHIQUES

La commission d'éthique de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation de l'Université de Genève a été sollicitée afin qu'elle puisse donner son avis et d'éventuels conseils concernant l'éthique de cette recherche. Ainsi, selon la commission, cette étude ne semble pas présenter de problèmes éthiques, pour autant que les questionnaires ne soient pas proposés aux jeunes adultes consultant la CPJA lors des toutes premières séances, faute de quoi ils pourraient impliquer une nuisance pour les participants.

En ce qui concerne les démarches entreprises auprès de l'institution, le directeur clinique de la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes a donné son accord concernant la réalisation de cette étude.

Quant aux démarches entreprises auprès des étudiants, ils ont été informés par oral des considérations éthiques et ils ont reçu également une notice d'information (voir annexe I). Chaque participant a donné son consentement libre et éclairé après avoir été informé notamment des buts de la recherche, du caractère confidentiel des données, de la garantie de l'anonymat ainsi que de la durée de la passation (environ 15 minutes). En ce qui concerne les buts de la recherche, des précautions ont été prises afin que les réponses aux questionnaires ne soient pas influencées par des connaissances préalables des hypothèses. Pour éviter ce biais, les objectifs précis de la recherche n'ont donc pas été mentionnés. Quant à la confidentialité et à l'anonymat, les sujets ont été informés que les données seraient inaccessibles à des tierces personnes et qu'elles seraient anonymes afin que les sujets ne puissent être identifiés à aucun moment. Ainsi, chaque sujet a reçu un code d'identification marqué auparavant sur sa feuille de réponse. Lors de l'informatisation des données, seul le numéro de code a été utilisé et une fois l'exploitation statistique achevée, les questionnaires ont été détruits.

3.4) PROCEDURE

Après avoir présenté les considérations éthiques et reçu le consentement libre et éclairé des participants, les sujets ont rempli en premier lieu le questionnaire de recherche (cf. annexes II et III). Ensuite, ils ont répondu au questionnaire d'attachement adulte et à l'inventaire d'estime de soi sociale. L'ordre de passation de ces deux instruments a été contrebalancé afin d'éviter un biais au niveau des résultats. En ce qui concerne le moment de la passation, il a varié selon les groupes.

Pour le groupe clinique, la passation des deux instruments de mesure a été proposée à la fin du dernier entretien de consultation psychologique. Les étudiants « demandeurs » ont rempli les questionnaires en étant seuls dans la salle de consultation. Notons tout de même qu'aucun étudiant n'a refusé de participer à cette recherche.

En ce qui concerne le groupe contrôle, ils ont été accostés aléatoirement dans les différents bâtiments de l'Université de Genève. Le chercheur attendait que quatre personnes passent devant lui et à la cinquième (et ainsi de suite), il lui demandait si elle souhaitait participer à une recherche. Environ plus de la moitié des étudiants abordés ont accepté d'y participer et ils ont alors tous rempli individuellement les deux instruments de mesure. Etant donné qu'il n'était pas possible de déterminer à l'avance si les étudiants avaient déjà consulté un spécialiste ou s'ils en ressentaient le besoin, nous leur avons tout de même fait remplir les questionnaires si c'était le cas, mais nous les avons exclus de notre échantillon. Il est intéressant de relever que parmi les étudiants interpellés au hasard, il y en avait tout de même en moyenne un sur quatre qui avait déjà fait antérieurement une demande d'aide psychologique ou qui ressentait à ce moment-là le besoin de consulter.

3.5) INSTRUMENTS DE MESURE

Afin de connaître la représentation de chacun à l'égard de leur style d'attachement et de leur estime de soi sociale, deux instruments de mesure ont été choisis. Il s'agit de l'Adult Attachment Questionnaire (Hazan & Shaver) et de l'Inventaire d'Estime de Soi Sociale (Lawson et al.). L'ordre de passation des deux instruments a été contre-balancé dans les deux

groupes de sujets. En ce qui concerne la consigne, la façon de remplir les deux questionnaires est expliquée oralement, de manière similaire à celle énoncée par les auteurs (voir annexes IV et V).

3.5.1) Adult Attachment Questionnaire

Hazan et Shaver (1987) ont élaboré l'Adult Attachment Questionnaire en extrapolant les fondements théoriques de Ainsworth concernant la classification des comportements d'attachement chez l'enfant. Il a été traduit en français par Bee (1997).

Cet instrument d'évaluation des styles d'attachement est composé d'un seul item comprenant trois descriptions qui correspondent à trois styles d'attachement. La consigne donnée aux sujets est de choisir la description qui correspond le mieux à leur expérience relationnelle. La catégorie 1 correspond au style d'attachement secure, la 2 au style d'attachement évitant et la 3 au style d'attachement anxieux-ambivalent.

Les propriétés psychométriques de cet instrument ont été évaluées dans plusieurs études. La plupart ont montré la valeur prédictive de cette mesure concernant des caractéristiques des relations intimes et des comportements relationnels. Zimmermann (2000) souligne justement que leur mesure de type catégoriel met en évidence « un style relationnel dominant qui n'est pas propre à une relation mais qui vise à caractériser comment l'individu se comporte et se sent dans l'ensemble des relations » (p.190). Ainsi, selon Sperling et al. (1996), cette mesure donne essentiellement accès au contexte des relations intimes et bien qu'elle soit simple, elle est cependant vigoureuse. En ce qui concerne la distribution des styles d'attachement, des études réalisées dans différents pays obtiennent des résultats similaires (validité de construct) (Moreira et al, 1996).

3.5.2) Inventaire d'Estime de Soi Sociale (IESS)

Cet instrument est la traduction française du Social Self-Esteem Inventory de Lawson et al. (1979) faite par Gauthier et al. (1981) et qui par la suite a été légèrement adaptée par Bouvard

en 1998. Il a été développé pour évaluer un seul aspect de l'estime de soi, l'estime de soi en situation sociale.

C'est un auto-questionnaire composé de 30 items, dont 15 sont formulés de façon positive et 15 formulés à la négative. Le sujet évalue le degré de similarité existant entre lui et la description de chaque situation par l'intermédiaire d'une échelle de Lickert en six points, allant de « complètement différent de moi » (= 1) à « exactement comme moi » (= 6). Chaque sujet obtient un score total. Ce score est obtenu en additionnant les réponses aux 30 échelles de Lickert (allant de 1 à 6), dont la cotation de 15 items (1, 2, 9, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 29 et 30) est inversée avant de les compter dans le total. Le score total peut varier de 30 à 180. Un score élevé indique une bonne estime de soi sociale.

L'étude de Gauthier et al. (1981) démontre que les qualités psychométriques de l'IESS sont excellentes. La moyenne et l'écart-type de leur échantillon (étudiants universitaires de Québec) sont respectivement de 133,4 et 22,2. Ces résultats sont significativement similaires à ceux trouvés par Lawson et al. (1979) auprès d'universitaires anglophones, soit 133 et 21. Quant à l'étude de Bouvard et al. (1998), il apparaît que l'IESS a une consistance interne et une fidélité test-retest satisfaisantes. Les qualités psychométriques de la version française ont été vérifiées sur un échantillon clinique et un échantillon pris dans la population générale. De plus, ces auteurs retrouvent le score moyen d'une estime de soi sociale « normale » obtenu dans les deux études précédentes.

3.6) VARIABLES

• Variable indépendante :

La variable indépendante concerne le **type d'étudiant**. Cette variable comporte deux modalités :

1) les « *demandeurs* » = D (groupe clinique) ;

Ce sont des étudiants qui sont venus à la CPJA

2) les « *non-demandeurs* » = ND (groupe contrôle) ;

Ce sont des étudiants qui n'ont jamais eu recours à un service en santé psychique et qui n'en ressentent pas le besoin.

- **Variables dépendantes :**

En ce qui concerne les variables dépendantes, il y en a deux, à savoir :

- Le **style d'attachement**, qui comprend trois modalités :

- 1) secure = S

- 2) évitant = E

- 3) anxieux-ambivalent = AA

- Ces deux derniers styles d'attachement sont dits insecure = I

- Le **niveau d'estime de soi sociale** (= ESS), qui est une variable continue.

- **Variables neutralisées :**

- Le nombre d'étudiants (le même dans chaque groupe)

- Le sexe (autant de femmes que d'hommes dans les 2 groupes)

- L'ordre de passation des instruments de mesure (contre-balancement)

- **Variables contrôlées :**

- L'âge (période de vie du jeune adulte)

- Le niveau de scolarisation (études universitaires)

- **Variables parasites :**

- La désirabilité sociale

- L'état civil

- La culture

- Le niveau socio-économique

3.7) HYPOTHESES OPERATIONNELLES

Voici nos hypothèses opérationnelles. La première porte sur l'attachement, la deuxième concerne l'estime de soi sociale, quant à la dernière, elle se réfère aux liens entre ces deux concepts.

- **Hypothèse n°1 :**

D'après le questionnaire d'attachement adulte de Hazan et Shaver, le style d'attachement secure est significativement plus fréquent chez les étudiants non-demandeurs, alors que le style d'attachement insecure est significativement plus fréquent chez les étudiants demandeurs.

Cette hypothèse est confirmée si le Chi carré d'indépendance est élevé et le K de Kramer supérieur à 0,25.

- **Hypothèse n°2 :**

Les non-demandeurs obtiennent un niveau d'estime de soi sociale significativement plus élevé que les demandeurs à l'Inventaire d'Estime de Soi Sociale de Bouvard.

Cette hypothèse se vérifie si l'analyse de la variance (ANOVA) est significative à $p < 0.05$.

- **Hypothèse n°3 :**

Les étudiants ayant un style d'attachement secure ont significativement un meilleur niveau d'estime de soi sociale que ceux qui ont un style d'attachement insecure.

Cette hypothèse est vérifiée si l'analyse de la variance (ANOVA) est significative à $p < 0.05$.

4) RESULTATS

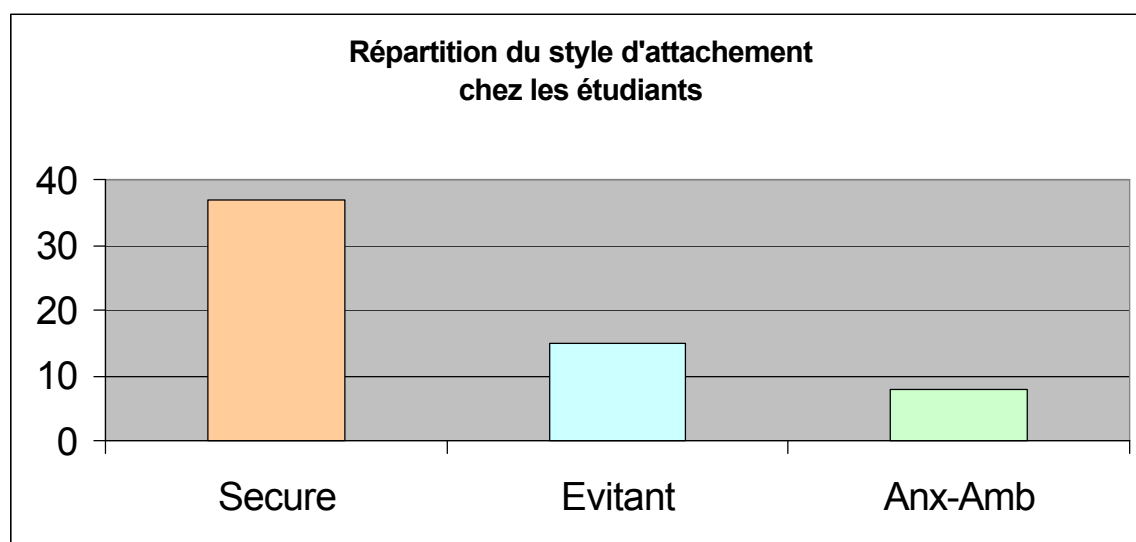
Dans cette partie, nous allons présenter les principales analyses descriptives et inférentielles de nos données (cf. annexes VI et VII) ainsi que les résultats obtenus en lien avec nos hypothèses opérationnelles. Les analyses statistiques ont toutes été effectuées à l'aide du logiciel S-Plus 2000.

4.1) L'ATTACHEMENT

En ce qui concerne l'attachement, notre hypothèse opérationnelle était la suivante : Le style d'attachement secure est significativement plus fréquent chez les étudiants non-demandeurs alors que le style d'attachement insecure est significativement plus fréquent chez les demandeurs. Afin de tester cette hypothèse, nous allons dans un premier temps présenter les résultats des étudiants en général puis dans un second temps, nous analyserons les résultats de la répartition des styles d'attachement chez les demandeurs et les non-demandeurs.

4.1.1) L'attachement des étudiants en général (N= 60)

Figure n°1 : Répartition des styles d'attachement chez les étudiants



En ne tenant pas compte du « type d'étudiant », nous constatons, comme le montre la figure n°1, que le style d'attachement secure est la description la plus fréquemment choisie par les jeunes adultes qui ont participé à cette recherche (37 sujets). Vient ensuite le style d'attachement évitant (15 sujets) et enfin le style d'attachement anxieux-ambivalent (8 sujets). En pourcentage, cela correspond respectivement à 61,7 %, 25 % et 13,3 % (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des styles d'attachement chez les étudiants

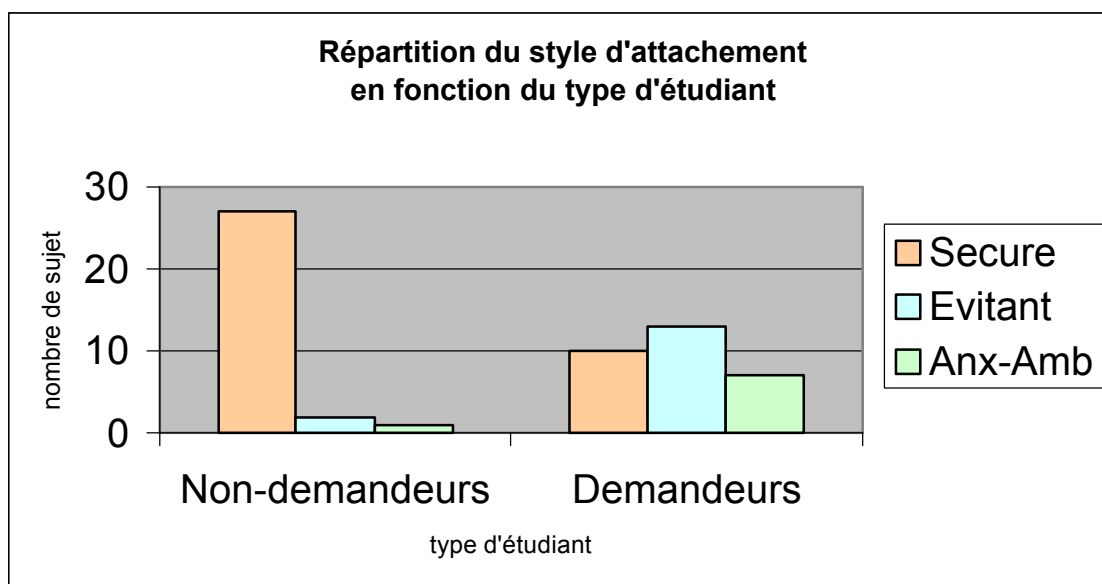
Attachement/	Total	N
Secure	61,7 %	37
Évitant	25 %	15
Anxieux-ambivalent	13,3 %	8
	100 %	60

Nous allons maintenant aller plus en profondeur et comparer les résultats en prenant en compte la variable « type d'étudiant », afin de voir comment est réparti le style d'attachement entre les demandeurs et les non-demandeurs.

4.1.2) L'attachement en fonction du type d'étudiant

- Statistiques descriptives :

Figure n°2 : Répartition des styles d'attachement des D et ND



En comparant la répartition du style d'attachement en fonction du type d'étudiant, nous constatons une nette différence au niveau de la distribution (voir figure n°2).

En effet, chez les étudiants non-demandeurs, c'est le type d'attachement secure qui a été le plus fréquemment choisi, et ce par la quasi-totalité des sujets (27) de ce groupe. Vient ensuite le style d'attachement évitant avec 2 sujets et enfin le style anxieux-ambivalent, choisi par un seul sujet.

Quant aux étudiants demandeurs, c'est le style d'attachement évitant qui est prévalent, il a été choisi par 13 sujets. Vient ensuite l'attachement secure (10 sujets) puis l'attachement anxieux-ambivalent (7 sujets).

En comparant les pourcentages de chaque groupe (voir tableau n°2), nous constatons donc que l'attachement secure représente 90% chez les non-demandeurs, contre 33,3 % chez les demandeurs. Quant à l'attachement évitant, il est de 6,7 % versus 43,3 % et l'attachement anxieux-ambivalent est de 3,3 % versus 23,3 %.

Ainsi, chez le groupe tout-venant, 90 % des étudiants sont classés comme secure et seulement 10% comme insecure. Pour le groupe clinique, les deux-tiers des étudiants sont classés comme insecure et un tiers seulement comme secure.

Tableau n°2 : Répartition des styles d'attachement chez les D et ND

	Non-demandeurs	n	Demandeurs	n
Secure	90,0 %	27	33,3 %	10
Evitant	6,7 %	2	43,3 %	13
Anx-Amb	3,3 %	1	23,3 %	7
Totaux	100 %	30	100 %	30

Au niveau des statistiques descriptives, les résultats vont donc dans le sens de notre hypothèse opérationnelle, mais afin de s'assurer que cette différence est significative, nous allons à présent effectuer des analyses inférentielles.

- Statistiques inférentielles :

Afin de voir si nous pouvons confirmer notre hypothèse, autrement dit, si les différences observées au niveau de l'attachement en fonction du type d'étudiant sont significatives, nous avons calculé le Chi carré, qui mesure la certitude d'un effet, c'est-à-dire s'il y a un lien entre deux variables. Plus le Chi carré est élevé, moins il y a de chance que les résultats obtenus soient dus au hasard. En réalisant le tableau de contingence, nous avons donc obtenu un **Chi carré** de **20,377**.

Nous avons également calculé le tableau des probabilités conditionnelles, qui exprime le lien dans toute sa puissance. Ainsi, il y a 73 % de chance d'avoir un attachement secure en appartenant au groupe contrôle alors qu'il y en a 27 % pour le groupe clinique. Il y a donc 2,7 fois plus de probabilité d'avoir un attachement secure sachant que les étudiants sont non-demandeurs. En ce qui concerne l'attachement évitant, il y a 13 % de chance de l'avoir en étant du groupe contrôle alors qu'il y en a 87 % pour le groupe clinique. Il y a donc 6,7 fois plus de probabilité d'avoir un attachement évitant sachant que les étudiants sont demandeurs. Quant à l'attachement anxieux-ambivalent, il y a 12,5 % de chance de l'avoir en appartenant au groupe contrôle, alors qu'il y en a 87, 5 % pour le groupe clinique. Il y a donc 7 fois plus de probabilité d'avoir un attachement anxieux-ambivalent sachant que les étudiants sont demandeurs.

Afin de mieux voir l'importance de la dépendance entre la variable « type d'étudiant » et la variable « style d'attachement », nous avons calculé le **K de Kramer**, qui est de **0,583**. Plus le K est élevé, plus la corrélation entre les deux variables est importante. Un K de 0 atteste de l'indépendance des variables, mais dès 0.25, on considère qu'il existe un lien pertinent et à 0.8, il s'agit d'un lien très fort, mais très rare dans la réalité. Ainsi, avec un K de 0.583, nous pouvons dire qu'il y a un lien assez fort entre nos deux variables, autrement dit, les résultats sont significatifs.

En conclusion, notre première hypothèse est confirmée : Le style d'attachement secure est significativement plus fréquent chez le groupe contrôle alors que le style d'attachement insecure est significativement plus fréquent chez le groupe clinique.

4.2) L'ESTIME DE SOI SOCIALE

En ce qui concerne l'estime de soi sociale, voici quelle était notre deuxième hypothèse :

Le niveau d'estime de soi est significativement plus élevé chez les non-demandeurs comparé aux demandeurs. Afin de tester cette seconde hypothèse, nous allons tout d'abord présenter les résultats des étudiants en général, puis nous analyserons le niveau d'estime de soi en fonction du type d'étudiant.

4.2.1) L'ESS des étudiants en général :

D'après les réponses des 60 sujets ayant participé à cette recherche, il s'avère que la moyenne des scores d'ESS est de 133,87. L'écart-type est de 25,79.

4.2.2) L'ESS en fonction du type d'étudiant

- Statistiques descriptives :

Le tableau n°3 montre que la moyenne d'estime de soi sociale des étudiants qui sont venus consulter s'élève à 127,23. Quant à l'écart-type, il est de 31,51. L'étendue des scores va de 71 à 175. Quant aux étudiants tout-venant, leur moyenne est de 140,5 et l'écart-type est de 16,41. Les scores varient de 106 à 160.

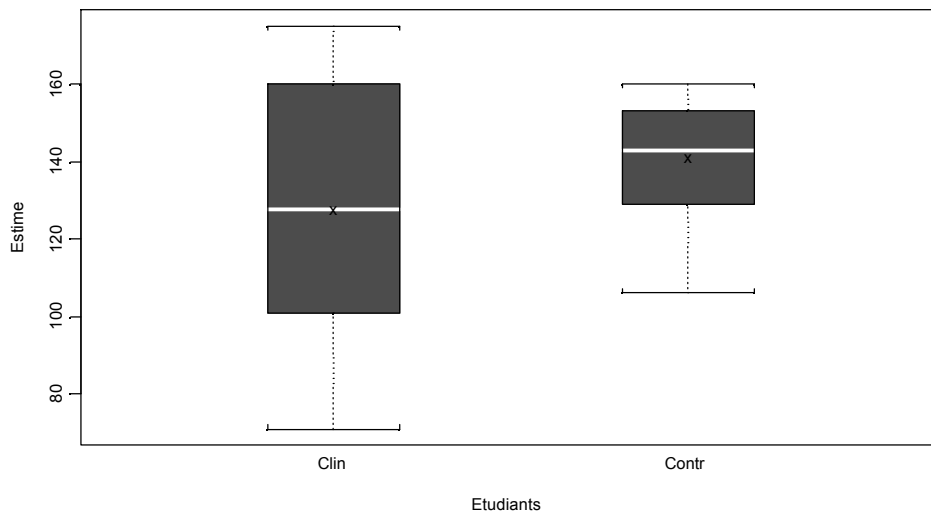
Tableau n°3 : Statistiques descriptives pour l'hypothèse 2

	ESS Demandeurs	ESS Non-demandeurs
Min	71	106
1 ^{er} Qu.	102	130.25
Moyenne	127.23	140.5
Médiane	127.5	143
3 ^{eme} Qu.	156.75	152.75
Max	175	160
Ecart-type	31.51	16.41

- Analyse exploratoire :

Nous avons réalisé une analyse exploratoire afin de voir s'il y a au premier abord des différences entre nos deux groupes de sujets. Nous avons donc effectué le box plots de nos données afin de résumer visuellement les différentes statistiques. En outre, les box plots vont nous permettre de voir si les 2 conditions d'application de l'ANOVA sont remplies.

Figure n°3 : Comparaisons des distributions des D et ND sur le score global d'ESS



Légende : Les croix correspondent aux moyennes des observations, les lignes blanches représentent les médianes, les limites inférieures et supérieures des blocs indiquent les intervalles interquartiles (le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile) et les moustaches correspondent aux intervalles de confiance.

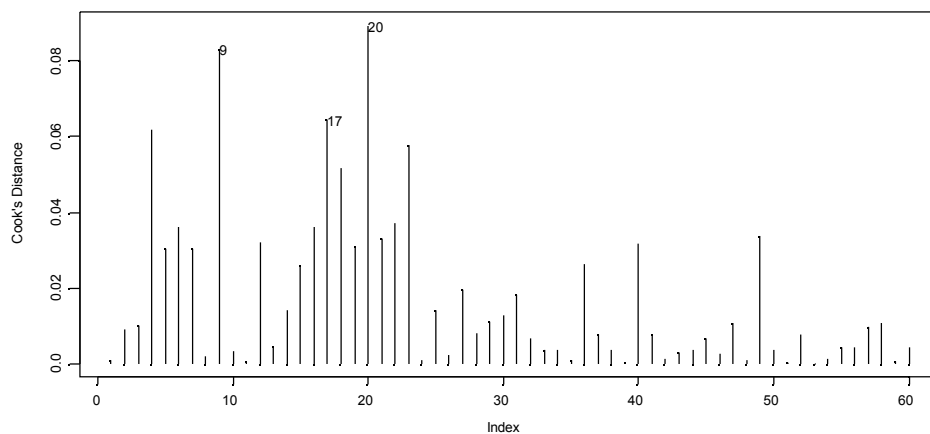
En observant cette figure, nous constatons que la moyenne d'ESS du groupe contrôle est plus élevée que celle du groupe clinique. Les non-demandeurs ont donc un niveau d'estime de soi plus élevé que les demandeurs. Quant à la variance, elle est plus grande pour le groupe clinique que pour le groupe contrôle.

En ce qui concerne les conditions d'application de l'ANOVA, elles sont remplies. En effet, par rapport à la normalité de la distribution, nous constatons que les deux distributions suivent une loi normale. Quant à l'égalité des variances, la variance du groupe clinique est deux fois plus grande que celle du groupe contrôle, mais un rapport de 2 est acceptable. Ainsi, toutes les conditions sont réunies pour pouvoir réaliser une ANOVA.

• Statistiques inférentielles :

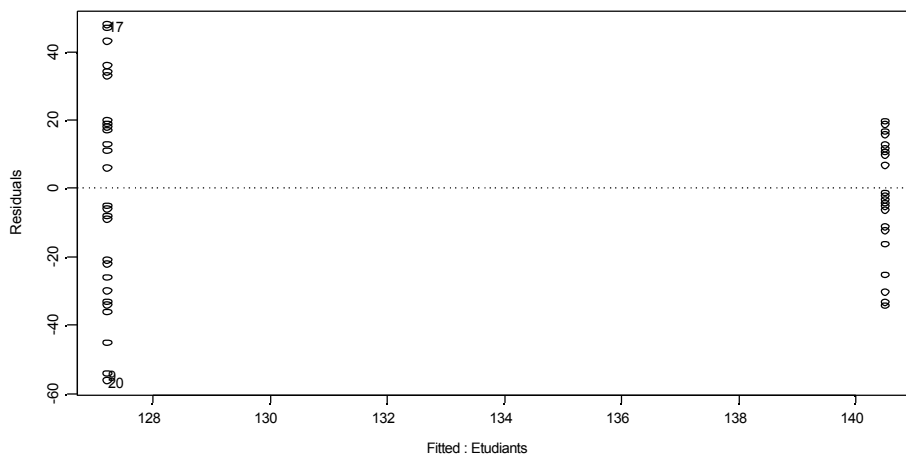
Après avoir observé de façon approximative qu'il existe une différence entre les groupes clinique et contrôle au niveau de l'estime de soi sociale, nous allons vérifier à l'aide de l'ANOVA si ces différences sont significatives. Mais avant cela, nous allons nous assurer qu'il n'y ait pas de sujets extrêmes qui pourraient biaiser nos résultats et aussi vérifier que les résidus sont acceptables.

Figure n°4 : Cook's distance pour l'hypothèse 2



En analysant le graphique de la Cook's distance, nous constatons que les sujets 9, 17 et 20 appartenant au groupe clinique ne sont pas des sujets extrêmes, car aucune valeur est supérieure à 1. Ces trois sujets peuvent donc être inclus dans notre analyse.

Figure n°5 : Residuals pour l'hypothèse 2



Quant à l'analyse des résidus (figure n°5), nous constatons que les quatre conditions sont remplies : En effet, les résidus sont aléatoires, linéaires, proches de zéro et ils ont à peu près la même variance. Les erreurs de mesure sont donc faibles et il n'y a alors aucun problème pour effectuer une ANOVA avec nos données.

Tableau n°4 : ANOVA pour l'hypothèse 2

	<u>Df</u>	<u>Sum of Sq</u>	<u>Mean Sq</u>	<u>F value</u>	<u>Pr (F)</u>
Etudiants	1	2640.07	2640.067	4.183156	0.04537305
Residuals	58	36604.87	631.118		

En effectuant une ANOVA (cf. tableau 4), nous obtenons donc une F valeur de 4,183 et une **P valeur** de **0.045**. Etant donné que la P valeur est inférieure à 0.05, l'hypothèse nulle est rejetée, ce qui signifie que les moyennes sont significativement différentes. Autrement dit, l'hypothèse 2 est confirmée : Le niveau d'estime de soi sociale est significativement plus élevé chez les étudiants qui n'ont jamais consulté comparé à ceux qui consultent.

4.3) ATTACHEMENT ET ESTIME DE SOI SOCIALE

En ce qui concerne notre 3^{ème} hypothèse, nous avons postulé que les étudiants ayant un style d'attachement secure ont un niveau d'estime de soi sociale significativement plus élevé que ceux qui ont un attachement insecure. Afin de vérifier s'il y a bien une corrélation positive significative entre le style d'attachement et le niveau d'estime de soi sociale, nous allons donc présenter les résultats que nous avons obtenus.

- Statistiques descriptives :

D'après les statistiques descriptives du tableau suivant, voici les résultats que nous avons obtenus. En comparant les moyennes des trois styles d'attachement, nous constatons que les étudiants secure ont la moyenne d'estime de soi sociale la plus élevée (147,54). En deuxième position, il y a les étudiants anxieux-ambivalents (121). Quant aux étudiants évitants, leur moyenne est la plus basse (107). Les scores des secure varient de 106 à 175, ceux des évitants de 71 à 161 et ceux des anxieux-ambivalents de 97 à 147.

Tableau n°5 : Statistiques descriptives pour l'hypothèse 3

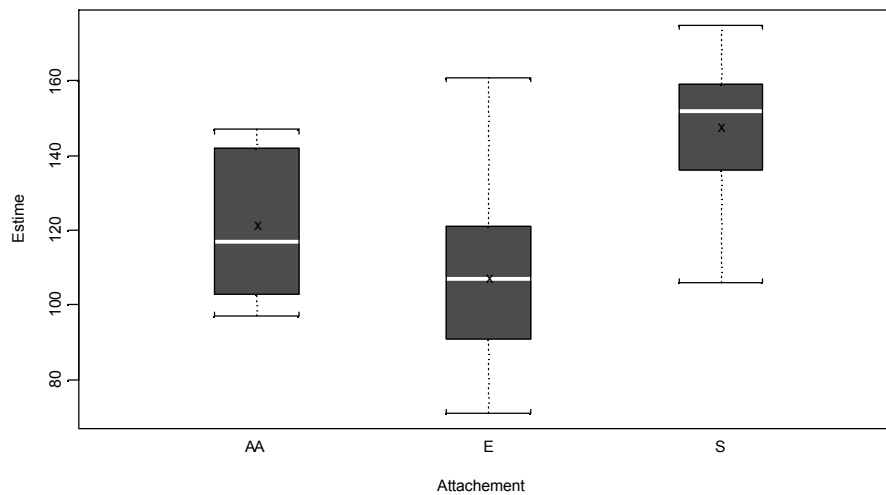
	Secure	Evitant	Anx-amb
Min	106	71	97
1er Qu.	136	92	104
Moyenne	147.54	107	121
Médiane	152	107	117
3ème Qu.	159	120	141
Max	175	161	147
Ecart-type	15.66	24.31	20.95

- Analyse exploratoire :

Nous avons réalisé une analyse exploratoire afin de voir s'il y a au premier abord des différences entre les styles d'attachement par rapport au niveau d'estime de soi sociale. Nous avons donc effectué les box plots de nos données afin de résumer visuellement les différentes

statistiques. En outre, les box plots vont nous permettre de voir si les deux conditions d'application de l'ANOVA sont remplies.

Figure n°6 : Comparaisons des distributions des styles d'attachement sur le score d'ESS



Légende : Les croix correspondent aux moyennes des observations, les lignes blanches représentent les médianes, les limites inférieures et supérieures des blocs indiquent les intervalles interquartiles (le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile) et les moustaches correspondent aux intervalles de confiance.

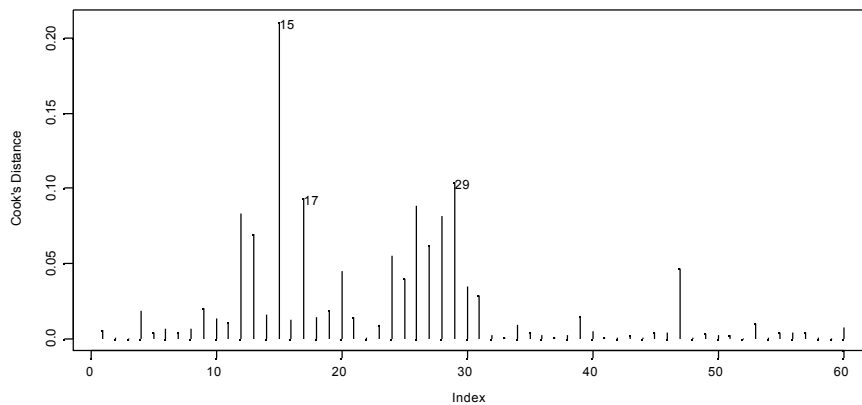
En observant cette figure, nous constatons que la moyenne d'estime de soi sociale des étudiants ayant un attachement secure est la plus élevée, comparée aux étudiants présentant un attachement insecure. Parmi ces derniers, les anxieux-ambivalents ont une moyenne d'ESS un peu plus élevée que les évitants. Autrement dit, les étudiants présentant un attachement insecure ont un niveau d'estime de soi social plus faible que ceux ayant un attachement secure. En ce qui concerne les variances, celle des évitants est la plus grande alors que celle des anxieux-ambivalents est la plus petite. La variance des secure se situe entre les deux styles d'attachement insecure.

En ce qui concerne les conditions d'application de l'ANOVA, elles sont remplies. En effet, par rapport à la normalité de la distribution, nous constatons que les trois distributions suivent une loi normale. Quant à l'égalité des variances, la variance du groupe anxieux-ambivalent est deux fois plus petite que celle du groupe évitant, mais un rapport de 2 demeure acceptable. Ainsi, toutes les conditions sont réunies pour pouvoir réaliser une ANOVA.

• Statistiques inférentielles :

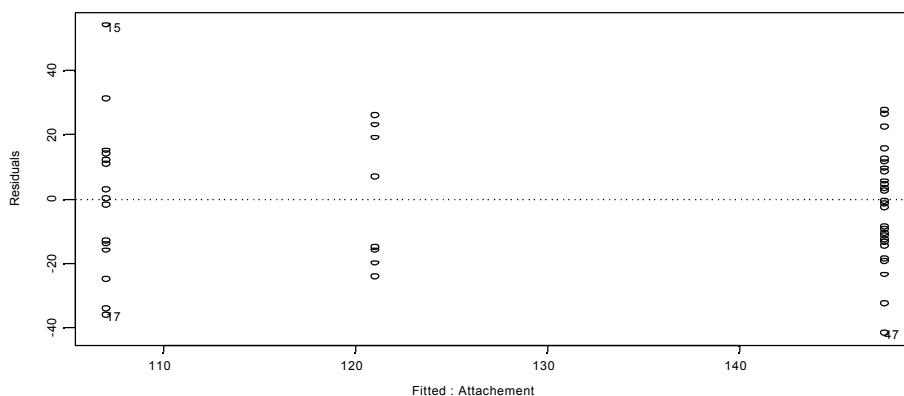
Après avoir observé de façon approximative qu'il existe une différence entre les styles d'attachement au niveau de l'estime de soi sociale, nous allons vérifier à l'aide de l'ANOVA si ces différences sont significatives.

Figure n°7 : Cook's distance pour l'hypothèse 3



En analysant le graphique de la Cook's distance, nous constatons que les sujets 15 et 29 appartenant au groupe anxieux-ambivalent ainsi que le sujet 17 du groupe secure ne sont pas des sujets extrêmes, car aucune valeur est supérieure à 1 (elles sont inférieures à 0,3). Ces trois sujets peuvent donc être inclus dans notre analyse.

Figure n° 10 : Residuals pour l'hypothèse 3



Quant à l'analyse des résidus, nous constatons que les quatre conditions sont remplies : En effet, les résidus sont aléatoires, linéaires, proches de zéro et ils ont à peu près la même

variance. Les erreurs de mesure sont donc faibles et il n'y a alors aucun problème pour effectuer une ANOVA avec nos données.

Tableau n°6 : ANOVA pour l'hypothèse 3

	<u>Df</u>	<u>Sum of Sq</u>	<u>Mean Sq</u>	<u>F value</u>	<u>Pr (F)</u>
Attachement	2	19069.74	9534.872	26.93842	5.813927^{e-009}
Residuals	57	20175.19	353.951		

En effectuant une ANOVA, nous obtenons donc une F valeur de 26.94 et une **P valeur** de **5.81^{e-009}**. Etant donné que la P valeur est inférieure à 0.01, l'hypothèse nulle est rejetée, ce qui signifie que les moyennes sont significativement très différentes. Autrement dit, l'hypothèse 3 est vérifiée : Nous pouvons donc conclure que les étudiants ayant un attachement secure ont un niveau d'estime de soi sociale significativement plus élevé que les étudiants présentant un attachement insecure.

5) DISCUSSION

Sachant que les jeunes adultes traversent une période de vie difficile et stressante au niveau affectif et social, caractérisée notamment par une crise entre l'intimité et l'isolement, l'objectif de cette étude était d'explorer leur style d'attachement et leur estime de soi sociale. Plus précisément, nous voulions étudier comment les jeunes adultes se situaient au niveau de ces deux concepts, en comparant les étudiants qui ont demandé une aide psychologique par rapport à ceux qui n'en ont jamais ressenti le besoin, ceci afin de mieux connaître les particularités de la population de la Consultation Psychologique pour Jeunes Adultes.

A partir des analyses statistiques que nous avons présentées lors de la partie précédente, nous avons pu constater que nos trois hypothèses opérationnelles sont confirmées. En effet, il s'avère que chez les étudiants demandeurs, le style d'attachement insecure est plus fréquent et le niveau d'estime de soi sociale est plus faible, comparés aux non-demandeurs, pour lesquels le style d'attachement secure est le plus fréquent et l'estime de soi sociale est plus élevée. En outre, il existe une corrélation positive entre ces deux concepts, à savoir que les étudiants présentant un style d'attachement secure ont une meilleure estime de soi sociale que les insecure.

A présent, nous allons commenter plus en détail les résultats que nous avons obtenus par rapport à nos trois hypothèses tout en tentant de leur trouver des explications. Nous commencerons par discuter des résultats concernant l'attachement, puis l'estime de soi sociale et enfin les relations entre ces deux concepts.

En ce qui concerne la répartition des styles d'attachement sur l'ensemble de notre échantillon, elle est approximativement la même que celle obtenue par Hazan & Shaver (1987). En effet, 61,7 % des étudiants présentent un attachement secure, 25 % un style évitant et 13,3 % un style anxieux-ambivalent. Cependant, en prenant en compte la variable « type d'étudiant », à savoir les sujets demandeurs d'une aide psychologique ou non, nous observons une différence au niveau de la répartition des styles d'attachement entre ces deux groupes. Il semble donc que cette variable a un effet important. En effet, chez les demandeurs, c'est le style

d'attachement évitant qui est le plus fréquent (43.3 %), suivi du style secure (33,3%) et anxieux-ambivalent (23,3%). Quant aux non-demandeurs, il s'avère que l'attachement secure est le plus fréquent (90 %), suivi de loin du style évitant (6,7%) et anxieux-ambivalent (3,3%).

Les analyses statistiques ont permis de vérifier notre **première hypothèse** ; le style d'attachement secure est plus fréquent chez les non-demandeurs et le style d'attachement insecure est plus fréquent chez les demandeurs. Ces résultats confirment ceux de Botbol & al. (2000), qui ont également trouvé une différence significative au niveau de l'attachement entre les populations cliniques et tout-venant, à l'instar de Main (1998), qui souligne que les personnes insécurisées présentent plus de difficultés psychologiques.

Les résultats suivants sont intéressants à relever. : Concernant le taux très élevé d'étudiants secure du groupe contrôle, ce résultat paraît surprenant. Il peut être expliqué par le petit nombre de sujets de ce groupe ou alors par le fait que les études dans la lignée de Hazan et Shaver n'ont pas tenu compte de cette variable. En outre, bien que nous n'ayons pas élaboré d'hypothèse spécifique par rapport à l'influence du sexe sur le style d'attachement car la plupart des études montraient qu'il n'existait pas de différence significative par rapport à cette variable (Sperling et al., 1996 ; Moreira et al., 1998 ; Miljkowitch, 2001), nous avons constaté que pour le groupe clinique, la répartition des styles d'attachement semble différer en fonction du sexe. En effet, chez le groupe des demandeurs, 46,7 % des femmes ont un attachement secure alors qu'il représente seulement 20% chez les hommes. Il semble donc important de réaliser une autre recherche portant sur un plus grand échantillon en prenant le sexe comme variable indépendante.

En ce qui concerne le niveau d'estime de soi sociale de notre échantillon, le score moyen est de 133 et l'écart-type de 25. Ces résultats sont proches de ceux que Gauthier et al. (1981) ont obtenu auprès d'étudiants universitaires de Québec (133,4 et 22,2). Cependant, en tenant compte du fait que les étudiants aient consulté ou non un spécialiste, il s'avère que le groupe des non-demandeurs a obtenu un score moyen d'estime de soi sociale de 140 alors qu'il s'élève à 127 pour le groupe des demandeurs. Cette différence est significative selon nos analyses statistiques.

Notre **deuxième hypothèse** est donc confirmée ; le groupe clinique présente un niveau d'estime de soi sociale plus faible que le groupe contrôle. Ces résultats confirment ceux de Diguier & Renaud (1990), démontrant que les personnes qui consultent ont une estime de soi moins élevée que celles qui ne consultent pas. Toutefois, comme leurs résultats concernaient uniquement l'estime de soi globale, une autre étude sur l'estime de soi sociale s'avère nécessaire.

En outre, bien que nous n'ayons pas émis d'hypothèse par rapport au sexe car la plupart des études montraient qu'il n'existait pas de différence significative par rapport à cette variable (Oubrayrie et al., 1994 ; Bouvard et al., 1998), nous avons constaté que pour le groupe clinique, les femmes avaient une estime de soi sociale plus élevée que les hommes (136 vs 119). Il semble donc important de réaliser une autre recherche portant sur un plus grand échantillon en prenant le sexe comme variable indépendante.

En ce qui concerne notre **troisième hypothèse** portant sur les liens entre les styles d'attachement et l'estime de soi sociale, nos résultats montrent que les sécurisés présentent une meilleure estime de soi sociale que les insécures. En effet, les étudiants sécurisés obtiennent un score d'ESS de 147, alors qu'il s'élève seulement à 121 pour les anxieux-ambivalents et à 107 pour les évitants. Plusieurs auteurs, dont Meyer (1998), ont démontré l'existence d'une corrélation significative entre l'attachement et l'estime de soi globale. Nos résultats vont dans le même sens, mais ils concernent spécifiquement la facette sociale de ce concept, par conséquent, une autre recherche s'avère nécessaire pour les confirmer.

Il est intéressant de relever que parmi les insécures, les évitants ont une estime de soi sociale plus faible que les anxieux-ambivalents, ce qui pourrait être expliqué par la typologie spécifique à ce style d'attachement. En effet, selon Main et al. (1985) le sujet ayant un attachement détaché se montre indifférent et désengagé émotionnellement par rapport aux expériences relationnelles. Il se présente comme indépendant. Bartholomew (in Miljkovitch, 2001) ajoute qu'il a un modèle de soi positif mais un modèle des autres négatif. Dans le même ordre d'idée, Hazan et Shaver (1987) relatent que les personnes présentant un attachement évitant sont plus autosuffisantes et affirment ne pas vraiment avoir besoin des autres, dont elles n'arrivent pas à être proches. Les évitants semblent donc être ceux qui entretiennent le rapport le plus négatif à la sphère sociale, ce qui peut expliquer le fait qu'ils obtiennent un niveau faible d'estime de soi sociale. Bien que cette étude permette de se faire une idée à

propos des différences entre les étudiants demandeurs et non-demandeurs au niveau de l'attachement et de l'estime de soi sociale, les résultats se doivent d'être interprétés avec précaution au vu des limites méthodologiques. En effet, les corrélations obtenues ne peuvent pas être considérées en terme de causalité. De plus, l'utilisation d'un auto-questionnaire limite la généralisation des résultats. En outre, la petite taille de l'échantillon et le fait qu'il comporte uniquement des étudiants universitaires d'une région limitent la généralisation des résultats à d'autres échantillons de jeunes adultes. A l'avenir, il semble important de déterminer si les styles d'attachement peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité ou de résilience chez les jeunes adultes. En outre, pour le groupe clinique, il serait intéressant d'étudier les liens entre les styles d'attachement et les manifestations symptomatiques. Par exemple, est-ce que les personnes souffrant d'une personnalité évitante ou d'une phobie sociale présente un attachement évitant ?

Quant à l'estime de soi, il faudrait entreprendre d'autres recherches sur ses diverses facettes afin de voir s'il y a aussi des différences entre les jeunes adultes qui consultent ou pas. En outre, notre intérêt pour l'estime de soi devrait s'étendre à une étude de ses implications (ex : les troubles psychologiques) démontrables qui sont essentielles pour le fonctionnement de l'individu.

6) CONCLUSIONS

Travaillant dans une consultation psychologique pour jeunes adultes, il nous semblait important d'étudier cette période de vie pour mieux comprendre leur fonctionnement psychique, d'autant plus que de récentes enquêtes révèlent une augmentation du mal-être des étudiants, qui consultent principalement pour des raisons d'ordre psychologique, telles les difficultés relationnelles. En effet, les jeunes adultes vivent une situation difficile et stressante sur le plan affectif et social, en traversant notamment une crise entre l'intimité et l'isolement.

Notre objectif était donc d'explorer les différences entre des étudiants qui ont consulté un service d'aide psychologique ou pas par rapport à l'attachement et l'estime de soi sociale afin de voir si ces deux concepts sont des déterminants de la santé psychique de cette population. Ainsi, pour conclure ce travail, nous allons présenter la synthèse de nos résultats puis nous mettrons en évidence leurs conséquences théoriques, empiriques et pratiques.

En ce qui concerne les résultats de notre recherche réalisée auprès de 60 jeunes adultes de l'Université de Genève, ils nous ont permis de montrer que les étudiants qui consultent présentent non seulement plus souvent un attachement insecure, mais ils ont aussi une moins bonne estime de soi sociale par rapport à ceux qui n'ont jamais ressenti le besoin de consulter. En outre, il existe une relation positive entre ces deux concepts, à savoir que les sécurés ont une meilleure estime de soi sociale que les insecure.

En ce qui concerne l'attachement, nous avons vu qu'il représente un type particulier de lien affectif faisant intervenir un sentiment de sécurité et de bien-être. En effet, les personnes présentant un style d'attachement secure décrivent leur relation amoureuse comme étant plus heureuse et amicale en comparaison aux insecure. Elles ont une image positive d'elles-mêmes. Elles n'ont aucune difficulté à devenir intime et à faire confiance à leur partenaire. De plus, chez les jeunes adultes, l'intimité est un aspect particulièrement critique comme l'a démontré Erikson (1972) : En effet, si la personne ne parvient pas à établir une relation intime, un attachement central fort, elle n'aura pas de base de sécurité et se sentira seule ou isolée.

Les théories et les recherches empiriques convergent en montrant qu'un attachement secure représente un facteur de résilience face à la détresse, contrairement à un style insecure, qui constitue plutôt une source de vulnérabilité. En effet, l'attachement insecure est plus fréquent dans les populations présentant des troubles cliniques, comme Main (1998) ainsi que Botbol (2000) ont pu le démontrer. Ce dernier a cité notamment l'étude de Fonagy dévoilant que 89 % des patients hospitalisés en psychiatrie sont insecure.

Notre recherche étaye donc ce constat en montrant plus spécifiquement que chez la population de jeunes adultes qui étudient, ceux qui ont consulté un service de santé psychologique présentent en majorité un style d'attachement insecure (67 %), contrairement à ceux qui n'ont jamais consulté, qui sont en forte majorité secure (90 %). Il semble ainsi que l'attachement insecure soit plus fréquent chez les populations cliniques, mais les pourcentages paraissent varier en fonction de la sévérité de la souffrance psychologique ; ils sont plus élevés pour les sujets qui sont hospitalisés en psychiatrie comparés à ceux qui consultent un service psychologique. Il serait donc intéressant d'étudier les liens existants entre les styles d'attachement et les manifestations symptomatiques. En effet, l'attachement semble constituer une voie de recherche intéressante au niveau de la compréhension de la psychopathologie adulte

Quant à l'estime de soi, nous avons vu qu'elle joue un rôle important dans la vie des gens, car elle a un impact sur leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements. Ce concept ayant plusieurs facettes, nous avons choisi d'étudier l'estime de soi sociale. En effet, L'Ecuyer (1978) souligne que chez les jeunes adultes, le Soi Social représente une dimension centrale, notamment à cause de l'importance accordée à la réceptivité aux autres. En outre, il est bien connu qu'une bonne estime de soi est caractéristique de la santé mentale. En effet, comme le disent André et Lelord (1999), l'estime de soi est vitale par rapport à l'équilibre psychologique de chacun. Si elle est positive, elle permet de se sentir bien dans sa peau, de faire face aux difficultés et d'agir efficacement. Par contre, si elle est négative, elle entraîne des souffrances et des désagréments.

Ainsi, les individus ayant une faible estime de soi sont plus vulnérables aux troubles psychiques. Les recherches empiriques montrent du reste que les personnes qui consultent ont une estime de soi moins élevée que celles qui ne consultent pas. Nos résultats vont dans le

même sens, mais ils se rapportent plus spécifiquement à l'estime de soi sociale, révélant que celle des étudiants qui ont eu recours à un service psychologique est plus faible que celle de ceux qui en n'ont jamais ressenti le besoin.

Quant à la classification des différents types d'attachement, elle est reconnue comme étant très utile pour prédire une vaste gamme de comportements. En effet, diverses études ont montré que l'attachement secure est associé positivement avec plusieurs mesures du bien-être, dont l'estime de soi globale. Les secure obtiennent des scores d'estime de soi plus élevés ainsi qu'un niveau de détresse psychologique plus faible que les insecure. Nos résultats étayent ce lien, mais ils concernent plus spécialement l'estime de soi sociale, qui est meilleure chez les étudiants ayant un style d'attachement secure qu'insecure. Parmi ces derniers, les évitants ont une estime de soi sociale plus faible que les anxieux-ambivalents. Il existe donc une relation positive entre les styles d'attachement et l'estime de soi sociale.

Pour finir, voici quelques idées sur la façon dont nous pourrions utiliser nos résultats dans notre pratique clinique avec les jeunes adultes. Il pourrait être bénéfique pour les étudiants qui consultent dont le style d'attachement est insecure, de travailler sur leur rapport à l'intimité ainsi que sur leur estime de soi sociale afin qu'ils se fortifient au niveau affectif et social, vu que ces deux domaines sont particulièrement importants à cet âge de la vie mais aussi du fait qu'un attachement secure et une bonne estime de soi semblent constituer des facteurs de résilience.

Il est intéressant de souligner qu'il a déjà été démontré que l'estime de soi d'une personne peut s'améliorer au cours d'une psychothérapie, cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a encore été entreprise pour voir si un changement peut s'opérer au niveau du type d'attachement ...

7) BIBLIOGRAPHIE

Ainsworth, M. S. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Alléon, A.-M., Morvan, O & Lebovici, S. (1985). Avant-propos du Colloque national sur la post-adolescence. In A.-M. Alléon, O. Morvan & S. Lebovici (Dir.), *Adolescence terminée, Adolescence interminable* (pp.7-8). Paris : Presses Universitaires de France.

André, C & Lelord, F. (1999). *L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris : Odile Jacob.

Bakmann, N. (1997). Thérapie brève d'orientation psychanalytique avec des étudiants et des étudiantes. Limites et possibilités. *Psychothérapies*, 17(4), 201-210.

Bee, H. L. (1997). Le début de l'âge adulte : développement des relations sociales et de la personnalité. In *Psychologie du développement : les âges de la vie* (pp.333-365). Bruxelles : De Boeck Université.

Botbol, M., Cupa, D., Tabatabaï, H., Branco, M., Menetrier, C., & Barriguete, J. A. (2000). Les destins de l'attachement à l'adolescence. In D. Cupa (Dir.), *L'attachement : perspectives actuelles* (pp. 69-82). Paris : E.D.K.

Bouvard, M., Guérin, J., Rion, A. C., Bouchard, C., Ducottet, E., Séchaud, M., Mollard, E., Robbe Grillet, P. & Cottraux, J. (1998). Etude psychométrique de l'Inventaire d'Estime de Soi Sociale (Social Self-Esteem Inventory de Lawson et coll. 1979). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 49(3), 165-172.

Bouvard, M. (1999). Estime de soi. In *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (pp.197-200). Paris : Masson.

Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte: I. L'Attachement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Bylsma, W. H., Cozzarelli, C. & Sumer, N. (1997). Relation between Adult Attachment Styles and Global Self-Esteem. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(1), 1-16.

Chamboredon, J.-C. (1985). Adolescence et post-adolescence : la « juvénisation ». Remarques sur les transformations récentes des limites et de la définition sociale de la jeunesse. In A.-M. Alléon, O. Morvan & S. Lebovici (Dir.), *Adolescence terminée, Adolescence interminable* (pp.13-28). Paris : Presses Universitaires de France.

Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of self-esteem*. San Francisco : W.H. Freeman Co.

Diguer, L. & Renaud, A. (1990). Estime de soi et psychothérapie. *Psychothérapies*, 10(4), 213-219.

Erikson, E. H. (1959). *Enfance et Société*. Neuchâtel : Delachaux & Nestlé.

Erikson, E. H. (1971). *Ethique et Psychanalyse*. Paris : Flammarion.

Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise*. Paris : Flammarion.

Francequin, G. (1999). L'aide psychologique aux étudiants. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 28(4), 667-696.

Gauthier, J., Samson, P. & Turbide, D. (1981). Adaptation française du Social Self-Esteem Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 13(3), 218-225.

Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 3, 44-68.

Harter, S. (1998). Comprendre l'estime de soi : considérations historiques, théoriques et méthodologiques. In M. Bolognini & Y. Prêteur (Dir.), *Estime de soi : perspectives développementales* (pp 57-81). Lausanne : Delachaux et Nestlé.

Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Henny, R. (1985). L'étudiant entre sa création et son inhibition. In A.-M. Alléon, O. Morvan & S. Lebovici (Dir.), *Adolescence terminée, Adolescence interminable* (pp.99-110). Paris : Presses Universitaires de France.

Houdé, R. (1986). *Les temps de la vie*. Québec : Gaëtan Morin.

- James, W. (1998). Prétentions et Réussites. In M. Bolognini & Y. Prêteur (Dir.), *Estime de soi : perspectives développementales* (pp 47-55). Lausanne : Delachaux et Nestlé.
- Larousse (1999). *Grand dictionnaire de la Psychologie*. France : Larousse-Bordas.
- Lawson, J.S., Marshall, W.L. & McGrath, P. (1979). The Social Self-Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurements*, 39,803-811.
- L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris : Presses Universitaires de France.
- L'Ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leondari, A. & Kiosseoglou, G. (2000). The Relationship of Parental Attachment and Psychological Separation to the Psychological Functioning of Young Adults. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 451-464.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood : A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Dir.). *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for research in child development, 50(1-2), 66-104.
- Main, M. (1998). De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance*, 3, 13-27.
- Man, K. & Hamid, N. (1998). The relationship between attachment prototypes, self-esteem, loneliness and causal attributions in Chinese trainee teachers. *Personality and Individual Differences*, 24(3), 357-371.
- Martinot, D. (1995). *Le Soi. Les approches psychosociales*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Meyer, S. A. (1998). Personality correlates of adult attachment style. *Journal of Social Psychology*, 138(3), 407-409.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Moreira, J. M., Bernades, S., Andrez, M., Aguiar, P., Moleiro, C. & de Fatima-Silva, M. (1998). Social competence, personality and adult attachment style in a Portuguese sample. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 565-570.

Oubrayrie, N., de Léonardis, M. & Safont, C. (1994). Un outil pour l'évaluation de l'estime de soi chez l'adolescent : l'ETES. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 44*(4), 309-317.

Paquette, D., Bigras, M. & Parent, S. (2001). La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachements adulte dans un échantillon francophone de Montreal. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*(2), 88-96.

Quemada, N., Alléon, A.-M. & Morvan, O. (1985). Les étudiants et la dépression. Etude épidémiologique d'une population consultante. In A.-M. Alléon, O. Morvan & S. Lebovici (Dir.), *Adolescence terminée, Adolescence interminable* (pp.29-50). Paris : Presses Universitaires de France.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton : Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic Books.

Schmid-Kitskis, E., Kilcher, E. & Sanzana, A. (1995). Etudiants entre adolescence et vie adulte : une perspective psychanalytique. *Psychoscope, 16*(8), 14-17.

Sperling, M.B., Foelsch, P. & Grace, C. (1996). Measuring Adult Attachment : Are Self-Report Instruments Congruent ? *Journal of Personality Assessment, 67*(1), 37-51.

Zimmermann, P. (2000). L'attachement à l'adolescence : mesure, développement et adaptation. In G. M. Tarabusly, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Dir.), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp.181-204). Canada : Presses de l'Université du Québec.

8) ANNEXES

I.	Notice d'information.....	p. 73
II.	Questionnaire de recherche pour le groupe contrôle.....	p. 74
III.	Questionnaire de recherche pour le groupe clinique.....	p. 75
IV.	Adult Attachment Questionnaire.....	p. 76
V.	Inventaire d'Estime de Soi Sociale.....	p. 77
VI.	Résultats groupe clinique.....	p. 78
VII.	Résultats groupe contrôle.....	p. 79

I. Notice d'information

Céline Ramu
Consultation psychologique pour jeunes adultes
Directeur clinique : P. Moiroud

Université de Genève, FAPSE
DESS Psychologie Clinique
Directeur de recherche : Ph. Jaffé

RECHERCHE

Le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes

Notice d'information :

Le **but de cette recherche** est d'étudier le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes

Cette recherche s'effectue avec le **consentement libre et éclairé** des personnes intéressées. Chaque participant décide personnellement, sans aucune pression du chercheur, de participer ou pas à la recherche. Il peut refuser ou se rétracter à tout moment, sans conséquence pour lui.

Pour mesurer le style d'attachement et l'estime de soi sociale, chaque participant remplira **deux questionnaires**. Les informations recueillies seront utilisées à des fins scientifiques et ne seront pas transmises à des tiers.

Le chercheur garantit le caractère **confidentiel** des données ainsi que l'**anonymat** des personnes participant à la recherche.

Cette recherche respecte les droits fondamentaux de la personne et n'implique **aucune nuisance** pour les participants : il n'y a pas de risque d'inconfort au niveau physique, mental et émotionnel.

Si le participant souhaite connaître les **résultats** de cette recherche, le chercheur l'en informera par écrit.

II. Questionnaire de recherche pour le groupe contrôle

RECHERCHE

Le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes
--

Avez-vous pris connaissance de la notice d'information ? :

Donnez-vous votre consentement pour participer à cette recherche ? :

Souhaitez-vous être informé des résultats de cette recherche ? :

Sexe :

Age :

Nationalité :

Avez-vous déjà consulté un professionnel pour des motifs d'ordre psychologique ? :

Ressentez-vous actuellement le besoin de consulter ? :

III. Questionnaire de recherche pour le groupe clinique

RECHERCHE

Le style d'attachement et l'estime de soi sociale chez les jeunes adultes
--

Avez-vous pris connaissance de la notice d'information ? :

Donnez-vous votre consentement pour participer à cette recherche ? :

Souhaitez-vous être informé des résultats de cette recherche ? :

Sexe :

Age :

Nationalité :

IV. Adult Attachment Questionnaire

Laquelle des affirmations suivantes vous décrit le plus fidèlement ?

1. J'arrive assez facilement à instaurer une intimité avec les gens. J'aime pouvoir compter sur eux et qu'ils puissent compter sur moi. Je n'ai pas souvent peur d'être abandonné et je ne crains pas qu'une personne devienne trop proche de moi.

2. Je suis un peu mal à l'aise dans les rapports d'intimité avec les gens. J'ai de la difficulté à leur faire totalement confiance et je ne me permets pas de compter sur eux. Je n'aime pas que les gens soient trop intimes avec moi. Mes partenaires aimeraient souvent que je me laisse aller à plus d'intimité que je n'en suis capable.

3. Je trouve que les gens hésitent trop à s'engager dans des rapports intimes. Je pense souvent que mon conjoint ne m'aime pas réellement ou qu'il me quittera. J'aimerais fusionner mon identité complètement avec l'autre et ce désir effraie souvent les gens.

(in Bee, 1997, tableau 11.1, p.336)

V. Inventaire d'Estime de Soi Sociale

VI. Résultats groupe clinique (demandeurs) :

Sujet	Sexe	Age	Nationalité	Demande	A	ESS
1	F	27	suisse	dépression suite à rupture sentimentale	S	133
2	F	24	belge	dépression suite à rupture sentimentale	S	145
3	F	23	suisse	dépression suite à rupture sentimentale	S	146
4	F	23	française	dépression	S	174
5	F	26	suisse	bloquée pour son mémoire de licence	S	160
6	F	25	italienne	bloquée pour sa thèse de doctorat	S	163
7	F	25	française	"mal être passager"	S	160
16	H	22	suisse	manque de sens, sentiment de vide	S	163
17	H	21	suisse	lassitude, suicides dans son entourage	S	175
18	H	28	suisse	rupture sentimentale	S	170
8	F	24	française	boulimie et dépression	E	119
9	F	26	colombienne	boulimie et dépression	E	73
10	F	24	allemande	phobies avion et hauteur	E	138
11	F	23	italienne	angoisses	E	122
12	F	25	suisse	pb organisation études, stress exa oral	E	161
19	H	20	sénégalais	solitude, pb sexuels, stress	E	94
20	H	22	italien	solitude, pb relationnels, échec examens	E	71
21	H	20	suisse	échec examens	E	93
22	H	26	suisse	dépression suite à rupture sentimentale	E	91
23	H	23	suisse	pb relationnels	E	82
24	H	27	allemand	angoisses, pb sexuels	E	121
25	H	22	suisse + all.	pb de couple	E	105
26	H	21	suisse	Echec examens	E	118
13	F	21	suisse	attaques de panique	AA	140
14	F	20	suisse	anxiété généralisée	AA	105
15	F	25	suisse	échec examens, manque de motivation, insomnies	AA	97
27	H	25	suisse	pb études, pb autonomie (séparation famille difficile)	AA	101
28	H	25	suisse	pb études, pb personnels	AA	144
29	H	25	suisse	attaques de panique, dépression	AA	147
30	H	22	suisse	engagement sentimental difficile, angoisses	AA	106

VII. Résultats groupe contrôle (non-demandeurs) :

Sujets	Sexe	Age	Nationalité	A	ESS
31	F	21	française	S	115
32	F	21	polonaise	S	156
33	F	27	argentine	S	152
34	F	25	suisse	S	129
35	F	28	suisse	S	135
37	F	21	suisse	S	157
38	F	25	suisse	S	152
39	F	20	suisse	S	138
41	F	23	suisse	S	124
42	F	20	suisse	S	134
43	F	26	suisse	S	151
44	F	21	suisse	S	152
45	F	24	suisse+suédoise	S	156
46	M	21	argentin	S	150
47	M	27	polonais	S	160
48	M	23	suisse	S	135
49	M	24	suisse	S	106
50	M	22	suisse	S	152
51	M	23	italien	S	137
52	M	25	français	S	157
53	M	21	suisse	S	139
54	M	24	suisse	S	147
55	M	23	suisse	S	128
56	M	22	anglais	S	153
57	M	22	suisse	S	159
58	M	21	suisse	S	160
59	M	26	suisse	S	136
36	F	21	suisse	E	110
40	F	20	suisse	E	107
60	M	27	italien+suisse	AA	128