



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

2018 - 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**CONSTRUCTION ET VALIDATION D'UNE ÉCHELLE D'ESTIME DE SOI
MULTIDIMENSIONNELLE : L'IRES (*Inventaire des Ressources de
l'Estime de Soi*)**

Présentée et soutenue publiquement le 3 JUIN 2019 à 18H
au Pôle Formation
Par Mr TRAN Mickaël

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS Pierre

Asseseurs :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Monsieur le Professeur JARDRI Renaud

Monsieur le Docteur AMAD Ali

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur VERSAEVEL Christophe

Travail en collaboration avec l'équipe mobile de L'EPSM Lille Métropole

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC : activation comportementale

AHNAC: association hospitalière nord Artois clinique

EMSIAD : équipe mobile de soins intensifs à domicile

EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

EPSM : établissement public de santé mentale

DIM : département d'information médicale

IRES : inventaire des ressources de l'estime de soi

MINI : mini international neuropsychiatric interview

ACP : analyse en composantes principales

ACP 3D : analyse en composantes principales en 3 dimensions

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION.....	1
PRÉAMBULE.....	1
I. Concept de soi.....	1
A : Le Moi selon William James.....	1
B : Le soi, selon George Herbert Mead.....	3
II. Estime de Soi.....	5
A : Les bases de l'estime de soi.....	5
1. <i>L'amour de soi</i>	5
2. <i>La vision de soi</i>	5
3. <i>La confiance en soi</i>	6
B : Définition de l'estime de soi.....	7
C. Mesure de l'estime de soi.....	9
D. Intérêt de mesurer l'estime de soi.....	10
III. Construction de l'échelle d'estime de soi IRES.....	12
A : Pouvoir dégager des dimensions dans le concept d'estime de soi.....	12
B : Pouvoir intervenir sur ces dimensions quand elles sont déficitaires.....	14
C : Objectif.....	15
MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	16
I. Population.....	16
II. Modalité de recueil.....	16
III. Le questionnaire.....	17
A : Les données démographiques.....	17
B : La question filtre.....	17

C : Les échelles sources.....	18
D : Construction des items.....	19
IV. Outils de statistiques.....	20
RÉSULTATS.....	21
I. Données démographique.....	21
II. Distribution des réponses.....	24
A : Rapport au corps.....	24
B : Rapport aux autres.....	24
C : Rapport a soi.....	26
D : Efficacité.....	27
III. Validation de l' IRES : validités de construit	28
A. Étude de l'IRES initiale.....	28
1. <i>Analyse en composantes principales : étude de la structure dimensionnelle de l'IRES....</i>	<i>28</i>
2. <i>Corrélations de score item-total : analyse des dimensions définies à priori/</i>	<i>29</i>
3. <i>Analyse factorielle : détermination d'autres dimensions.....</i>	<i>34</i>
4. <i>Exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4.....</i>	<i>36</i>
B. Étude de l'IRES après exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4.....	38
1. <i>Analyse en composantes principales : l'IRES, une échelle multidimensionnelle.....</i>	<i>40</i>
2. <i>Analyse factorielle : détermination de nouvelles dimensions.....</i>	<i>40</i>
3. <i>Corrélations de Pearson's : qualité psychométrique de l'IRES.....</i>	<i>45</i>

4. <i>Fiabilité</i>	51
IV. Les corrélations annexes	51
1. <i>IRES et dépression</i>	51
2. <i>Echelle d'estime de soi de Rosenberg et dépression</i>	51
DISCUSSION	53
I.Principaux résultats	54
A. Population de l'étude.....	54
B. Distribution des réponses.....	55
C. Validité de l'IRES.....	56
1. <i>L'IRES initiale</i>	56
2. <i>L'IRES après exclusion de la question 7</i>	58
D. Discussion des nouvelles dimensions.....	59
E. Biais et force de l'étude.....	62
F. Perspectives.....	63
V. CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXE	68

RÉSUMÉ

Contexte : L'estime de soi est un sujet très exploré dans la littérature. Sa définition est difficile et non consensuelle. Il existe des échelles d'estime de soi unidimensionnelles ou multidimensionnelles. Il y a un intérêt majeur à explorer et mesurer l'estime de soi, en effet sur le plan psychopathologique, il a été montré qu'il existe un lien entre une estime de soi fragile, la dépression et les traits de personnalité dépendante. Notre étude avait pour objectif de valider une échelle d'estime de soi multidimensionnelle : l'IRES, dans l'optique d'une utilisation en pratique clinique.

Méthode : L'IRES a été construite à partir d'autres sources. Elle comprenait 17 questions réparties dans 4 dimensions définies à priori : « rapport aux corps », « rapport aux autres », « rapport à soi », « efficacité ». L'échelle de référence utilisée pour valider les qualités psychométriques était la self-esteem scale de Rosenberg. Les questionnaires ont été distribués sous format papier et numérique. La population étudiée était composée de soignants et de leur proche. L'analyse en composantes principales, l'analyse factorielle, les corrélations de Pearson's et de Fisher ont été utilisées pour valider le construit de l'IRES et évaluer ses qualités psychométriques.

Résultats : Les analyses n'ont pas validé les dimensions définies à priori. L'IRES a été analysée et l'analyse en composantes principales a mis en lumière 3 dimensions. L'analyse factorielle a permis de regrouper les questions avec leur dimension respective. On obtenait des dimensions identifiées comme : « rapport à soi », « expression des besoins et des émotions » et « affirmation de soi ». Les analyses ont montrées des corrélations de Pearson's positive entre l'IRES et l'échelle de Rosenberg (coefficient=0,5738351 , $p < 2,2e-16$), entre la dimension « rapport à soi » et l'échelle de Rosenberg (Pearson's=0.6262868, $p < 2,2e-16$), entre la dimension « expression des besoins et des émotions » et l'échelle de Rosenberg (Pearson's=.3346992, $p = 2,218e-06$) et entre la dimension « affirmation de soi » et l'échelle de Rosenberg (Pearson's=0.2395433, $p = 0.0007682$) montrant des qualités psychométriques satisfaisantes.

Conclusion : L'étude a permis de mettre en exergue d'autres dimensions que celles définies à priori. Sur un plan statistique, l'IRES a montré de bonnes qualités psychométriques. A l'avenir, il serait intéressant de valider l'IRES avec les dimensions nouvellement découvertes.

INTRODUCTION

PREAMBULE

I : CONCEPT DE SOI

A Le Moi selon William James [1]

Pour William James, il existe deux aspects psychologiques chez un individu qui sont le *Moi* qui incarne l'objet de connaissance et le *Je* incarnant le sujet connaiseur.

Il existe des difficultés à définir le Moi et en tracer ses limites, « Il est bien difficile de tracer une ligne de démarcation entre ce qu'un homme appelle *moi* et ce qu'il appelle *mien* (*réputation, enfant, nos œuvres...*) »

Au sens le plus large, *moi* est fait de tout ce qu'on peut appeler *sien* : corps, facultés psychiques, vêtements , femme, réputation, amis, maison...

Tous ces objets peuvent faire naître en nous les mêmes émotions: il y a exultation lorsque ces objets croissent et abattement lorsque ces objets déclinent.

Le moi serait constitué de différents éléments :

- Le moi matériel :

Le corps constitue l'élément central du moi matériel. Il y a également les vêtements, la famille et les proches , que l'on nomme dans le langage courant régulièrement la « chair de notre chair », « qui les insulte, fait bouillonner, aussi vite et aussi fort que si nous étions à leur place ». Le moi matériel comprend également notre habitation.

Ces choses sont « nos vraies raisons pratiques de vivre ». Sont nôtres, également, les richesses acquises par beaucoup de travail (physique et/ou cérébral).

Quand nous perdons ces choses, c'est comme si nous perdions une partie de nous-même, « il y a toujours celle [la souffrance] d'un retour au néant d'une partie de nous-même et d'un rétrécissement de notre moi ».

- Le moi social:

« Le moi social d'un homme est la considération qu'il obtient dans son milieu »

Un individu a autant de moi sociaux que de groupe d'individus dont l'opinion importe à cet individu.

Chaque individu se montre différent en fonction du groupe qu'il a devant lui (parents, enfants, amis, patron..), en résulte une sorte de « morcellement de la personnalité en différents moi ».

Le moi social qui semble, pour James, le plus important pour un individu est l'idée que se fait de lui la personne qu'il aime.

- Le moi spirituel :

James le définit comme la totalité des états traversant notre conscience, « nos facultés et nos tendances psychiques envisagés comme une réalité concrète ». Les éléments du moi spirituel sont des objets plus intérieurs que les éléments du moi matériel ou social. Ces éléments sont, entre autre, des perceptions du monde extérieur, nos émotions, nos désirs, nos processus intellectuels.

« La conscience de notre activité est ainsi ce qu'il y a de plus central dans notre moi spirituel tel que nous le connaissons : c'est là le cœur et le noyau de toute notre personnalité empirique, le sanctuaire le plus intime de notre vie »

B Le soi, selon George Herbert Mead [2]

Selon Mead, le soi se constituerait, progressivement au cours de l'existence, à travers les relations sociales entre les individus, il ne découlerait pas d'un quelconque processus purement biologique.

Le soi ne serait pas non plus constitué des expériences (souvenirs, émotions, expériences sensibles, ...) vécues par l'individu.

Le soi n'est pas non plus constitué du corps. On peut perdre une partie de son corps (amputation par exemple) et pourtant l'individu s'identifie toujours au même soi, « Le corps ne s'éprouve pas comme un tout au sens où le soi, d'une certaine manière s'éprouve lui-même »

La caractéristique essentielle du soi est que le soi est un objet pour lui-même.

Le soi est à la fois sujet et objet. « Il [l'individu] entre dans sa propre expérience comme un soi ou comme un individu, non pas immédiatement, en se faisant sujet pour soi, mais en devenant d'abord un objet pour soi, de la même manière que les autres individus lui apparaissent comme des objets »

Le soi devient un objet pour lui-même dans « l'expérience sociale ». En effet Mead explique : « L'individu s'éprouve soi-même non pas directement, mais seulement indirectement, en se plaçant aux multiples points de vue des autres membres de son groupe social ou en endossant le point de vue généralisé de tout le groupe social auquel il appartient. »

L'activité sociale qui fait émerger le soi est la communication. Elle est destinée aux autres mais également à soi-même : « L'émergence du soi exige que l'individu se réponde à lui-même : il se constitue dans ce type de conduite sociale. Il n'y a pas d'autre forme de comportement que le langage où l'individu soit un objet pour lui-même ; et l'individu n'est

pas un soi au sens réflexif s'il n'est pas un objet pour lui-même. C'est ce qui confère à la communication son importance majeure, du fait que c'est dans ce type de conduite que l'individu réagit à lui-même. »

Pour mieux matérialiser sa théorie, Mead nous donne cette illustration : « Un homme condamné au confinement pour le reste de ses jours est toujours à lui-même son propre compagnon. Il peut penser et communiquer avec lui-même tout comme il le faisait naguère avec autrui ».

Le langage, par sa fonction symbolique, permet de provoquer la même expérience de communication chez tous les individus. Ainsi, un premier individu qui initie une communication connaît le ressenti d'un second individu et ainsi le premier individu voit apparaître en lui des réponses possibles. L'individu se dit à lui-même ce qu'il dit à autrui.

Le soi se forme dans un cadre social précis, avec les interactions et dans la relation avec les soi des autres individus du groupe : « la structure de son soi [de l'individu] exprime ou réfléchit le modèle général de conduite sociale du groupe auquel il appartient, comme celui de tous les autres membres du groupe »

L'élément central du soi est la conscience de soi. Cette conscience de soi « se constitue dans et par l'action de prendre ou de sentir l'attitude d'autrui vis à vis de soi » ; avant l'avènement de la conscience de soi, les stimuli venus de l'extérieur ne sont pas vécus comme appartenant au soi mais vécus comme appartenant à l'environnement. Par le processus de constitution de la conscience de soi, l'individu devient un objet pour soi grâce à l'intégration des relations avec les autres individus.

Le processus de développement de la conscience de soi est un « processus cognitif plutôt qu'émotionnel. Le processus intellectuel de la pensée (dramatisation par l'individu dans son expérience intérieure de la conversation de gestes significatifs qui constitue à l'extérieur le mode principal de son interaction avec les autres individus) est la phase

d'expérience la plus originaire dans la genèse et le développement du soi».

Donc, pour Mead, le soi est « essentiellement une structure sociale » et est « impensable hors de l'expérience sociale ».

II. ESTIME DE SOI

A. Les bases de l'estime de soi

Dans leur ouvrage « l'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres » [3] André et Lelord jettent les bases de la constitution de l'estime de soi. Il postule que l'estime de soi repose sur « trois piliers » : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi.

1) L'amour de soi

L'amour de soi, selon les auteurs, est la composante la plus profonde de l'estime de soi. Il prendrait sa source dans les conduites affectives et l'amour « inconditionnel » que l'entourage prodigue à l'individu dans son enfance.

L'amour de soi (à l'image de l'amour des parents envers leurs enfants) devrait être inconditionnel, malgré les défauts et les limites de l'individu.

2) La vision de soi

La vision de soi consiste en une évaluation que l'on porte sur soi. Il s'agit d'une estimation subjective de ses qualités et de ses défauts, de ses potentialités et de ses limites et peut, parfois, apparaître éloignée de la réalité de par cette subjectivité.

Cette vision de soi, comme l'amour de soi, découle, en partie, de la vision de l'entourage familial sur l'individu durant son enfance. Elle est constituée, en particulier, des projets formés par les parents pour leurs enfants.

3) La confiance en soi

La confiance en soi concerne l'évaluation d'un individu de ses propres capacités à agir de manière efficace dans les situations importantes.

Comme pour l'amour de soi et la vision de soi, la confiance en soi se construit durant l'enfance. Elle provient de la manière dont l'entourage accompagne les échecs de l'individu durant son enfance.

Selon André et Lelord, ces 3 composantes entretiennent des « liens d'interdépendance », en effet : « l'amour de soi (se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations) facilite incontestablement une vision positive de soi (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) qui, à son tour, influence favorablement la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui) ».

Mais peuvent également être dissociées et chez un même individu avoir des valeurs différentes. Devant l'adversité, une vision de soi fragile pourra faire s'effondrer une estime de soi, malgré une bonne confiance en soi. Un déficit en amour de soi pourra faire s'effondrer une estime de soi chez un individu à bonne vision de soi lors d'un échec sentimental. Un déficit en confiance en soi, malgré un amour de soi et une vision de soi de bonne qualité (issus d'une éducation parentale adéquate, mais trop protectrice) fera émerger des incertitudes sur les capacités de l'individu à affronter des situations compliquées.

B. Définition de l'estime de soi

L'estime de soi, comme le soi, est une notion dont il est difficile de donner une définition précise, sans consensus sur la question.

Morris Rosenberg, dans son ouvrage « society and the adolescent self-image »[4], explique, en quelques mots, que l'estime de soi est une opinion favorable ou défavorable

que l'individu a de lui-même, elle est une mesure de son sentiment de dignité ou d'indignité.

Il explique que cette opinion envers soi-même n'est pas fondamentalement différente de l'opinion qu'un individu pourrait avoir sur n'importe quel autre objet.

Rosenberg donne l'exemple de l'opinion qu'un individu pourrait avoir sur le parti Démocrate ou sur l'Union Soviétique qui n'est pas différente, dans ses caractéristiques, de l'opinion que l'individu pourrait avoir sur soi-même, mais il note tout de même certaines différences comme le fait que l'objet de l'évaluation et le sujet qui porte cette évaluation sont les mêmes (on retrouve la pensée de Mead et James, pour qui l'individu est, à la fois, *sujet et objet*, le soi est *réflexif*).

Du fait de cette réflexivité, le soi est là, présent, dans toutes les situations de l'existence de l'individu, cela influence l'opinion qu'un individu se fait de soi-même, et fait que cette opinion est différente de l'opinion portée sur un objet quelconque.

Il explique aussi que certains objets sont jugés sans importance (et donc, ne méritent pas d'opinion particulière), alors que le soi est sans doute pour tout un chacun un objet central, peut-être l'objet le plus important pour tout individu et l'opinion qui s'y rattache doit, de ce fait, également être d'une importance centrale.

Il caractérise l'estime de soi comme comportant, à la fois des éléments cognitifs et des éléments affectifs.

L'estime de soi globale est plutôt en lien avec le bien-être psychique, tandis que l'estime de soi dans un domaine spécifique est plutôt en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle.

En effet, l'opinion d'un individu sur lui-même est un processus cognitif, puisque cette opinion est une pensée, une réflexion de soi-même sur soi.

L'estime de soi possède également une composante affective, puisque cette opinion est soit positive ou négative ; lui sont également attachées des émotions qui n'apparaissent exclusivement qu'en relation avec soi-même, ce sont les émotions en lien avec la fierté et l'humiliation.[5]

Pour Stanley Coopersmith, dans son ouvrage « The Antecedents of Self-esteem »[6], l'estime de soi est une évaluation faite à l'égard de soi-même. Cette évaluation manifeste une opinion d'approbation ou de désapprobation envers soi-même, et témoigne dans quelle mesure l'individu croit être capable, important, en capacité de réussir et digne.

Cette évaluation de soi est tout à fait subjective. En effet, l'estime de soi, selon William James, peut être résumée à une équation :

$$\text{Estime de soi} = \frac{\text{succès}}{\text{prétentions}}$$

L'estime de soi est, donc, le rapport entre les succès que l'individu obtient et ce qu'il prétend être ou faire.

On peut, ainsi, en déduire que pour augmenter son estime de soi, il suffit d'augmenter le numérateur.

L'individu peut, également, diminuer le dénominateur et James illustre ce fait comme suit : « Quel jour agréable que celui où nous renonçons à être jeunes ou sveltes ! ». Mead, également, faisait ce constat : « Les complexes d'infériorité naissent avec les désirs d'un soi que nous aimerions être, mais que nous sommes incapables de réaliser ».

Il évoque ces « prétentions », qui peuvent sembler triviales, mais que l'individu choisit pour rehausser son estime de soi : « Il peut s'agir d'une manière de parler et de s'habiller, d'une capacité de mémoire, de telle ou tel caractéristique, mais nous évoquons toujours quelque chose qui nous fait sentir au-dessus des autres. »

Dans le concept d'estime de soi, Higgins[7] introduit la notion de *discrépance*. Higgins évoque en terme de soi-réel et soi-idéal, les notions de succès et prétentions formulées par James.

La discrédance est la distance qui sépare le moi-idéal (soi que dont l'individu souhaiterait atteindre) et soi-réel (les qualités et habiletés que l'individu croit posséder).

Enfin, l'estime de soi est un concept complexe à saisir et à définir, au sujet duquel, chaque auteur apporte son point de vue et amène sa propre définition.

C. Mesure de l'estime de soi

L'estime de soi est un sujet abondamment traité dans la littérature, nombreuses sont les études existantes.

Il existe plusieurs échelles qui ont vocation à mesurer l'estime de soi, parmi ces échelles, on peut citer :

- *Self-esteem Scale* de Rosenberg (1965),
- *Self-esteem Inventory* de Coopersmith (1967),
- *Self-perception Profile* de Harter (1982,1985,1988).

Ces échelles appréhendent l'estime de soi de deux manières, de façon unidimensionnelle ou multidimensionnelle.

- *La Self-esteem Scale* de Rosenberg conçoit la mesure de l'estime de soi comme unidimensionnelle, avec une échelle à 10 items, elle se veut un instrument évaluant de façon globale l'estime de soi d'un individu.

- La *Self-esteem Inventory* de Coopersmith et la *Self-perception Profile* de Harter, quant à elles, abordent l'estime de soi comme un objet multidimensionnel et tentent d'explorer la

croyance de l'individu dans ses capacités dans des domaines tels que : les pairs, l'apparence physique, les relations sociales, facultés scolaires...

Concernant ces deux approches, Rosenberg et al expliquent que les notions d'estime de soi globale et d'estime de soi dans des domaines spécifiques ne sont pas des concepts identiques, ne sont pas interchangeables mais se complètent.

L'estime de soi globale est plutôt en lien avec le bien-être psychique, tandis que l'estime de soi dans un domaine spécifique est plutôt en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle.

Selon Martinot[8], l'estime de soi globale incarnerait la composante affective du soi, tandis que le concept de soi relèverait de la composante cognitive du soi.

D. Intérêts de mesurer l'estime de soi

L'abord de l'estime de soi, dans la perspective des soins au patient, est d'un intérêt considérable. Effectivement, il existe des liens entre basse estime de soi, épisode dépressif, traits de personnalité dépendante.

En effet, Bornstein explique qu'une vision de soi faible et impuissante est à la base de la dépendance.[9] [10]

Cette vision de soi avec des capacités limitées recoupe la définition de l'estime de soi selon Coopersmith et, dans ce cas, équivaldrait à une basse estime de soi.

Elle s'accompagne de pensées automatiques : « Je ne suis pas à la hauteur, je suis nulle », ce sentiment d'incapacité à pour origine un ressenti de manque de valorisation durant l'enfance.[9]

La dépendance prendrait, également, racine dans l'angoisse affective, résultant d'un

attachement insécure [11].

Elle se caractérise par des pensées automatiques telles que : « je ne mérite pas d'être aimé » et « on ne m'aime pas », cette angoisse affective associée à ces pensées automatiques découleraient d'un ressenti de manque affectif durant l'enfance, [9] .

Il semble bien que les notions d'« amour de soi » et « confiance en soi » décrites par André et Lelord recourent celles d'angoisse affective et de vision de soi faible et impuissante.

L'estime de soi fragile et la dépendance seraient donc sous-tendues par des mécanismes similaires,

On peut également noter que la dépendance aux autres aurait cette fonction de réparer cette estime de soi fragilisée.[9]

Il existe entre le « désespoir appris » (notion présentée par Seligman et al. et Abramson et al.) [12] la dépendance, le locus externe (décrit par Rotter comme la croyance par l'individu que son histoire de vie dépend des autres ou du hasard) et la dépression une relation.

L'individu vivrait un sentiment de faiblesse vis-à-vis de ses capacités à réagir face à des événements négatifs, ceci résultant d'une orientation externe du locus de contrôle (« ce sont les autres et le hasard qui décident de mon sort »).

Il aura donc des difficultés à trouver des solutions aux problématiques de sa vie et se désespérera, ce qui le mènera vers la dépression.

Dans le même temps, l'individu va s'orienter vers les autres pour traverser les adversités de l'existence.

Les traits de dépendance et la dépression « sont deux entités psychopathologiques certes

distinctes, mais qui s'alimentent réciproquement. L'estime de soi apparaît comme une variable médiatrice entre ces deux entités ».[13]

Dépression, dépendance, estime de soi fragile seraient des manifestations différentes d'une même globalité psychopathologique.[14],[15],

III. CONSTRUCTION DE L'ÉCHELLE DE L'ESTIME DE SOI : *IRES*

A. Pouvoir dégager des dimensions dans le concept d'estime de soi

Il existe des échelles abordant l'estime de soi de manière multidimensionnelle.

On peut citer la *Self-perception Profile* développée par Susan Harter, en 1985, tout d'abord pour les enfants, puis par la suite pour les adolescents et enfin les adultes.

Elle a été mise au point dans un objectif de recherche, mais s'est montrée être, également, un outil utile pour l'éducation et le diagnostic clinique.

La *Self-perception Profile for Children* est une échelle multidimensionnelle qui explore 5 domaines spécifiques :

- Compétence scolaire
- Compétence sportive
- Appréciation par les pairs
- Apparence physique
- Conduite

Une partie comprend également une évaluation globale de l'estime de soi.

La *Self-perception Profile for Adolescent* explore ,quant à elle, 8 domaines spécifiques :

- Compétence scolaire
- Acceptation sociale
- Compétence athlétique
- Apparence physique
- Compétence dans les « jobs »
- Attrait dans les relations amoureuses
- Conduite
- Amitié intime

Une partie comprend une évaluation globale de l'estime de soi.

Harter pensait important de garder dans cette échelle multidimensionnelle une évaluation globale d'estime de soi.

En effet, certains domaines spécifiques sont peu investis par les individus.

Ce qui implique que même si ces domaines sont défaillants, ils n'auront pas ou peu d'impact sur l'estime de soi globale.[16]

On retrouve, ici, le principe de William James et son équation : pour épargner son estime de soi, il suffit de baisser son niveau de « prétention » dans des domaines où l'individu n'excelle pas.

Les échelles d'estime de soi de Harter ont été développées, surtout, dans une optique d'utilisation dans les domaines de la recherche et de la pédagogie.

Dans notre étude, d'autres dimensions nous intéressaient comme le rapport au corps

(dans ses perspectives esthétique, santé et sexualité), le rapport aux autres (dans ses perspectives d'expression des besoins et des émotions), le rapport à soi (dans sa perspective de connaissance de soi) et l'efficacité personnelle.

Nous avons opté pour ces dimensions dans un souci d'application clinique et d'intervention psychothérapeutiques rapides.

Nous souhaitons mettre en évidence les déficits de certaine(s) dimension(s) de l'estime de soi des patients, et pouvoir agir rapidement.

B. Pouvoir intervenir sur ces dimensions quand elles sont déficitaires

Des interventions psychothérapeutiques ambulatoires rapides seraient envisageables pour aider les patients de manière spécifique sur ces dimensions déficitaires sur le modèle de l'Activation Comportementale (AC qui est l'une des composantes des TCC).

En effet, Soucy I et al. ont souligné que l'AC seule était comparable en terme d'efficacité aux autres psychothérapies.[17]

Elle consiste en l'établissement d'une hiérarchie de tâches avec des objectifs réalisables et de l'apprentissage d'habiletés sociales ainsi que la « mesure quotidienne d'activité et de plaisir ».

L'intérêt d'organiser sur le plan de la santé mentale l'intervention avec l'AC serait une plus grande rapidité de mise en œuvre et une plus grande simplicité à implanter, car une étude a montré, en 2013, que l'AC administrée par des infirmières formées pendant 5 jours ont obtenu des résultats équivalents à des professionnels spécialisés,[18]

L'IRES a été construite dans l'optique de pouvoir agir rapidement auprès des patients présentant une souffrance psychique en lien avec une estime de soi altérée, des affects

dépressifs, des cognitions négatives en gardant à l'esprit, comme nous l'avons vu précédemment, que ces éléments sont des facettes d'une même globalité psychopathologique,

La création de l'IRES a fait suite aux réflexions de groupe de travail de l'EMSIAD (Equipe mobile du secteur G07 de l'EPSM Lille Métropole) au sujets de patients pris en soin en ambulatoire, qui montraient des affects dépressifs et pour qui une intervention rapide et ciblée agissant sur l'estime de soi pourrait être, dans l'arsenal thérapeutique, utile dans le but d'améliorer le bien-être psychique de ces patients.

C. Objectif

L'objectif de notre étude est de valider une échelle d'estime de soi multidimensionnelle (IRES) en vérifiant la validité de construit (en vérifiant les dimensions à priori définies, la cohérence interne et les qualités psychométriques avec comme échelle de référence la *self-esteem scale* de Rosenberg).

Des corrélations entre les différents variables (IRES, Échelle d'estime de soi de Rosenberg, âge, sexe, activité et mode de vie) ont été recherchés.

MATERIEL ET METHODE

L'étude est réalisée pour vérifier la validité de construit d'une échelle d'estime de soi et essayer de dégager dans le concept d'estime de soi différentes dimensions.

I. POPULATION

Des personnels soignants de l'EPSM Lille Métropole, centre de psychothérapie les Marronniers de Bully-les-Mines et du Centre de Santé Mentale J.B. Pussin du C.H de Lens ont été inclus et invités à répondre au questionnaire sous format papier. (Annexe 1)

Le questionnaire sous format Google form® a été diffusé plus largement.

Il a été diffusé auprès des internes de psychiatrie de la faculté de médecine de l'université Lille2 via leur messagerie électronique privée, auprès des personnels de l'EPSM Lille Métropole et du groupe AHNAC (EHPAD l'Aquarelle, EHPAD Denise Delaby et centre de psychothérapie les Marronniers), auprès des proches de ces personnels soignants.

Le critère de non inclusion : patient hospitalisé ou suivi en psychiatrie.

II. CONDITIONS DE RECUEIL

Les données ont été recueillies grâce au questionnaire IRES qui a été distribué sous 2 formats: un format papier et un format numérique réalisé grâce à l'outil Google form® (outil qui permet de réaliser des formulaires en ligne).

Les sujets remplissaient le questionnaire de manière totalement anonyme et autonome, sans l'assistance d'un enquêteur.

III. LE QUESTIONNAIRE

A. Les données démographiques

La première partie recueillait les informations démographiques :

- âge et sexe
- le niveau d'étude
- le mode de vie : seul(e), seul(e) avec enfant(s), en couple sans enfant(s), en couple avec enfant(s), en institution, autre.
- l'activité : travail, en recherche d'emploi, scolarité, sans activité (au foyer ou retraité), autre.

B. La question filtre

Cette première partie se termine avec la question filtre du module A du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) : Durant les deux dernières semaines : je me suis senti(e) triste, cafardeux(se), en ayant le sentiment de n'avoir plus le goût à rien ? Oui/Non.

Le MINI est un outil d'aide au diagnostic des troubles psychiatriques développé en 1997 par SHEEHAN et al. pour les États-Unis d'Amérique et par LECUBRIER et al. pour la France, le module A permet de repérer un épisode dépressif majeur. Chaque module démarre par une ou plusieurs questions filtres correspondant aux critères principaux du trouble. Si la réponse à cette question filtre est négative, le diagnostic est écarté [19]

Pour le questionnaire de cette étude, cela permettait de savoir si les sujets étaient déprimés ou non.

C. Les échelles sources

Le questionnaire a été construit à partir d'échelles pré-existantes :

1. L'échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle de SHERER

l'échelle d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle de SHERER et Coll. traduite par CHAMBON, elle se décompose elle-même en 2 dimensions : sentiment d'efficacité personnelle général et sentiment d'efficacité personnelle social. [20] (Annexe 2)

Cette échelle a été développée en 1982 par des chercheurs de la *Mississippi State University*, de la *Texas Tech University* et de la *University of Alabama*.

Elle est destinée à être utilisée pour la recherche et pour les cliniciens, dans le cadre de psychothérapies,

En effet, le sentiment d'efficacité personnelle est censé, selon ces chercheurs, être amélioré durant la thérapie, l'échelle se présentant donc comme un outil d'évaluation de l'évolution de la thérapie [19].

2. « Estime de soi : je fais le point » de Christophe ANDRE

« *L'estime de soi, c'est de me montrer capable de* » (cf. annexe 3) une évaluation proposée dans « *Imparfais, libres et heureux* » ouvrage de Christophe ANDRE [21].

Dans cet ouvrage, Christophe ANDRE donne une liste d'assertions qui décrit, selon lui, ce que serait une bonne estime de soi.

D. Construction des items

Le questionnaire comprend 18 items et a été construit avec le postulat de 4 dimensions :

- rapport au corps
- rapport aux autres
- rapport à soi
- efficacité

Les sujets répondaient aux items selon une échelle de Guttman, qui se présente ainsi :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

A chaque réponse correspond une cotation comme suit :

Jamais=0 Rarement=1 Parfois=2 Souvent=3 Très souvent=4 Toujours=5

Pour chaque dimension (rapport au corps, rapport aux autres, rapport à soi, efficacité), les cotations obtenues étaient ensuite additionnées pour constituer un sous-score.

Chaque sous-score était additionné pour constituer un score totale d'estime de soi.

3. Echelle de référence : *Self-esteem Scale* de Rosenberg

Dans la dernière partie du questionnaire, a été intégrée l'échelle d'estime de soi de Rosenberg qui fait figure, dans cette étude, d'échelle de référence.

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg a été développée et présentée dans son ouvrage : « *Society and the Adolescent Self-Image* » en 1965 par Morris Rosenberg [4]. Elle a été validée en langue française par VALLIERES et VALLERAND en 1990 [22].

Elle est également réalisée grâce à une échelle de Guttman qui se présente ainsi :

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

A chaque réponse correspond une cotation comme suit :

Fortement en accord=0 En accord=1 En désaccord=2 Fortement en désaccord=3

Sauf pour les items 19, 22, 23, 25, 26 dont l'acceptation est contraire au sens d'acceptation des autres items où il fallait inverser les scores :

Fortement en accord=3 En accord=2 En désaccord=1 Fortement en désaccord=0

IV. OUTILS STATISTIQUES

L'outil statistique utilisé était une analyse factorielle en composantes principales.

Le logiciel statistique R, qui est un logiciel libre, à permis à l'équipe du DIM de l'EPSM Lille Métropole de réaliser ces analyses.

L'analyse factorielle à permis d'extraire le nombre de dimensions qu'explore l'IRES, d'établir quels items appartenait à quelle dimension, de calculer des coefficients de corrélation de Pearson's qui ont permis de vérifier la corrélation entre l'IRES et l'échelle de Rosenberg.

Des relations entre variables ont également été recherchées grâce à l'outil de corrélation de Fischer.

RESULTATS

I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Après recueil, on totalise 210 questionnaires récupérés.

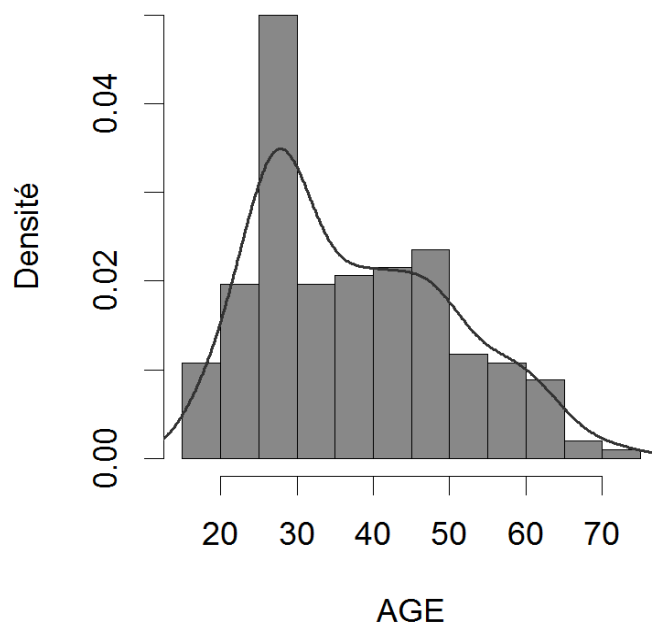
En ce qui concerne les données démographiques, on peut noter que l'âge médian est de 35,5 ans, avec une répartition non gaussienne (cf graphique 1), sur le plan du sex-ratio, on obtient 74 % de femmes, 86,5 % des participants avaient un niveau d'étude égal ou supérieur au baccalauréat.

Concernant le mode de vie des participants, 20,5 % vivaient seul(e), 4,3 % vivaient seul(e) avec enfant(s), 25,2 % vivaient en couple sans enfant, 44,3 % vivaient en couple avec enfant(s) (cf graphique 2). Sur le plan de l'activité, 85,1 % avaient un travail (cf graphique 3).

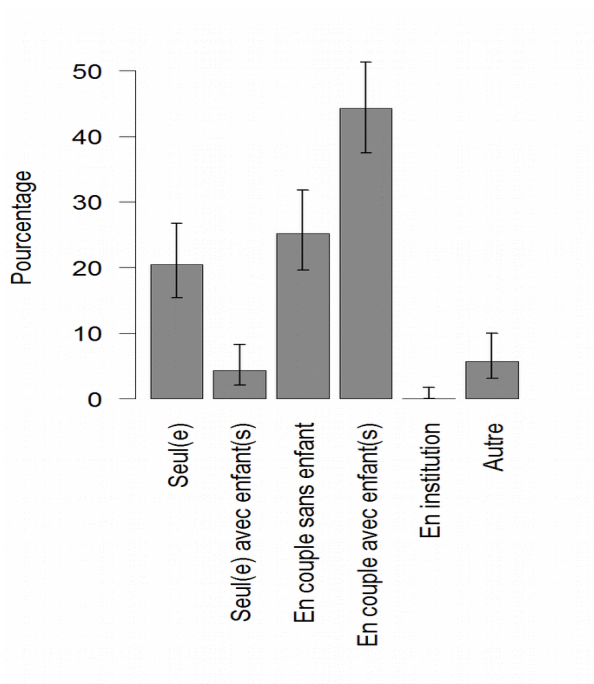
Quant à la question filtre concernant la dépression, on retrouve une réponse positive pour 36,7 % des sujets.

Au moment de l'analyse, 26 sujets ont été exclus à cause de données manquantes. En effet, concernant les échelles, pour le calcul d'un score total à partir de la somme des items qui constituent ce score, le fait d'avoir des réponses manquantes à ces items est problématique, car s'il existe des données manquantes il devient impossible de calculer ce score.

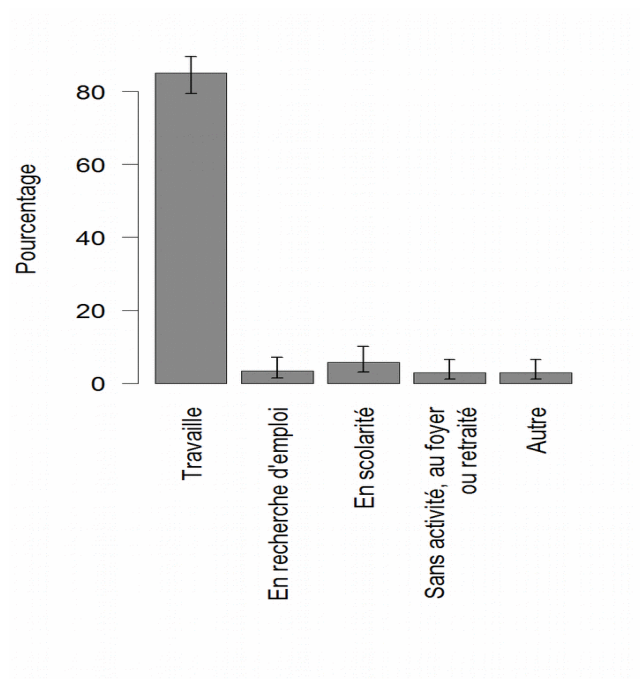
Graphique 1 : histogramme représentant la répartition des âges des sujets de l'étude



Graphique 2 : histogramme représentant la répartition des modes de vie des sujets de l'étude



Graphique 3 : histogramme représentant la répartition de l'activité des sujets de l'étude

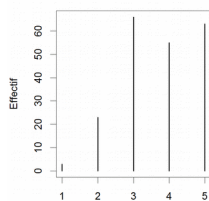


II. DISTRIBUTION DES RÉPONSES

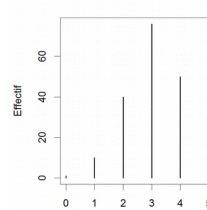
A. Rapport au corps

Les réponses aux questions 2 et 3 ont une répartition approximativement normale, tandis que les réponses à la question 1 ont une répartition non gaussienne (cf ensemble graphique 1).

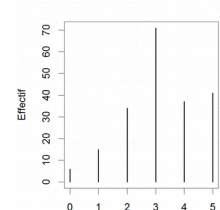
Ensemble graphique 1 : barplot représentant la distribution des réponses aux questions 1,2 et 3



Barplot Q.1



Barplot Q.2



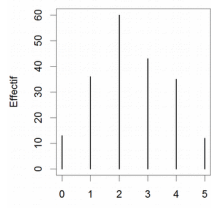
Barplot Q.3

B. Rapport aux autres

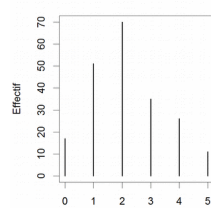
Les réponses aux questions 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.2, 6.3, 6.4 et 8.4 ont une répartition approximativement normale, tandis que les réponses aux questions 6.1, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 8.1, 8.2 et 8.3. ont une répartition non gaussienne (cf ensemble graphique 2).

Ensemble graphique 2 : barplot représentant la distribution des réponses aux questions

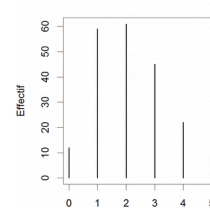
4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 8.1, 8.2, 8.3 et 8.4



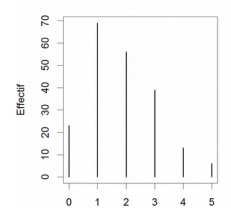
Barplot Q4.1



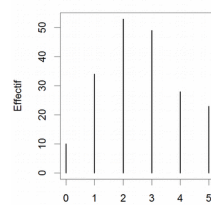
Barplot Q4.2



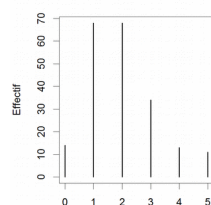
Barplot Q4.3



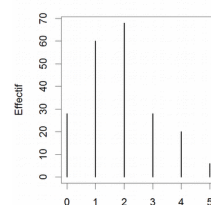
Barplot Q4.4



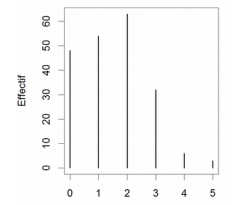
Barplot Q5.1



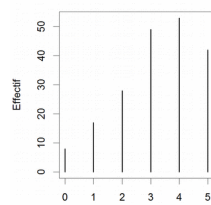
Barplot Q5.2



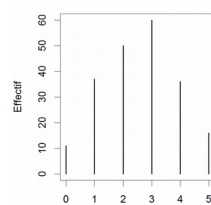
Barplot Q5.3



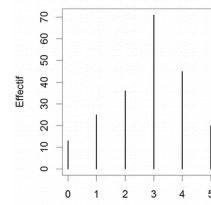
Barplot Q5.4



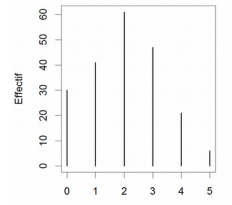
Barplot Q6.1



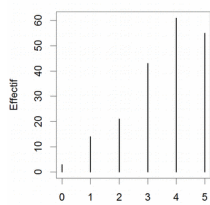
Barplot Q6.2



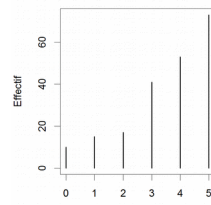
Barplot Q6.3



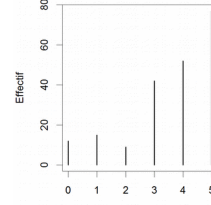
Barplot Q6.4



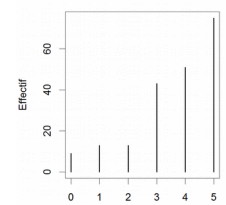
Barplot Q7.1



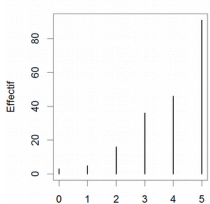
Barplot Q7.2



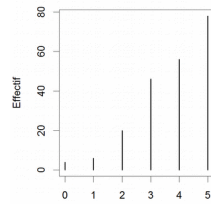
Barplot Q7.3



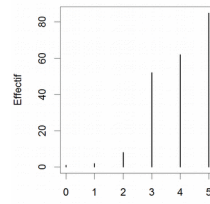
Barplot Q7.4



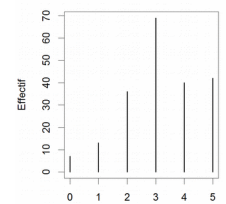
Barplot Q8.1



Barplot Q8.2



Barplot Q8.3

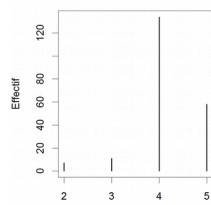


Barplot Q8.4

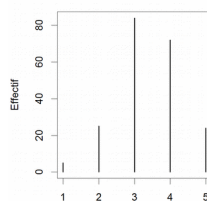
C. Rapport à soi

Les réponses aux questions aux questions 9.1, 10, 11 et 12 ont une répartition approximativement normale, tandis que les réponses à la question 9 ont une répartition non gaussienne (cf ensemble graphique 3).

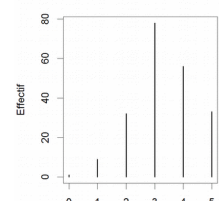
Ensemble graphique 3 : barplot représentant la distribution des réponses aux questions 9, 9.1, 10, 11 et 12



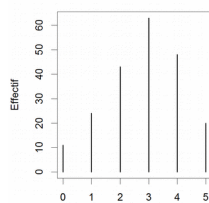
Barplot Q9



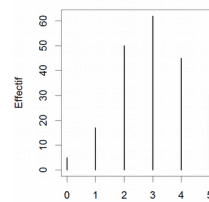
Barplot Q9.1



Barplot Q10



Barplot Q11

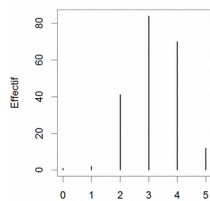


Barplot Q12

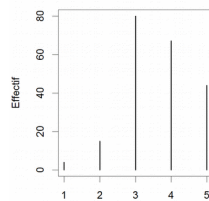
D. Efficacité

Les réponses aux questions 13, 14, 15, 16 et 17 ont une répartition approximativement normale (cf ensemble graphique 4).

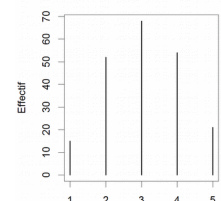
Ensemble graphique 4 : barplot représentant la distribution des réponses aux questions 13, 14, 15, 16 et 17



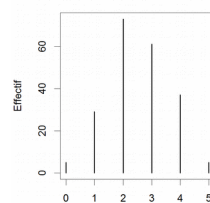
Barplot Q13



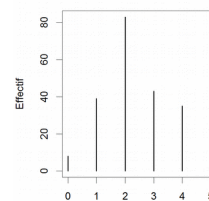
Barplot Q14



Barplot Q15



Barplot Q16



Barplot Q17

III. VALIDATION DE L'IRES : validité de construit

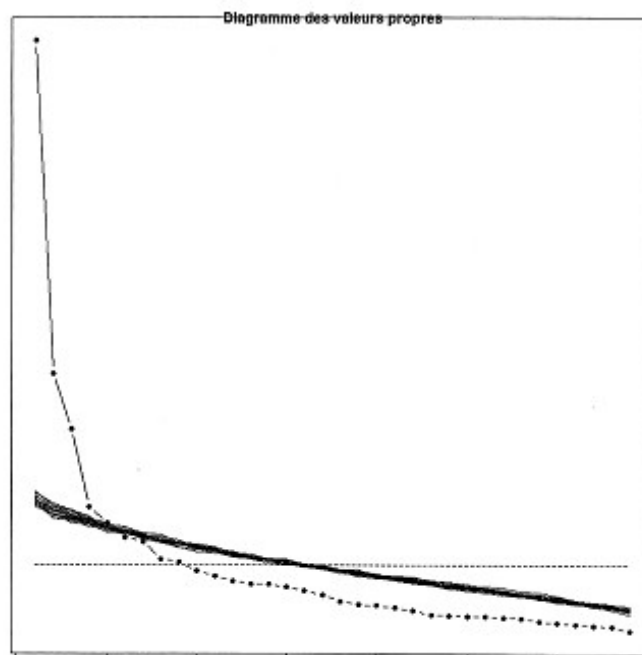
A. Etude de l'IRES initiale

1. Analyse en composantes principales : étude de la structure dimensionnelle de l'IRES

L'analyse en composantes principales a dégagé 4 dimensions de l'échelle IRES. C'est ce que nous indique le diagramme des valeurs propres.

En effet, elles sont matérialisées par les 4 points au-dessus du trait représentant « ce qui peut être attendu par le hasard » (cf graphique 4).

Graphique 4 : *Diagramme des valeurs propres représentant le nombre de dimensions de l'IRES initiale*



Ce graphique est une représentation du nombre nécessaire de variable permettant d'expliquer la variance. Chaque point situé au-dessus du trait de « ce qui peut être attendu par le hasard » (représenté par le trait grossier ondulé sur le graphique) représente un facteur commun expliquant une partie de la variance. Ici, 4 facteurs communs expliquent la variance, donc on peut conclure qu'il existe 4 dimensions à l'IRES initiale.

2. Corrélations de score item-total : analyse des dimensions définies à priori

Les dimensions qui étaient définies à priori dans l'IRES n'ont pas été totalement validées par les corrélations de score item-total.

Il n'existe pas de différence significative entre : la corrélation entre un item de la dimension « rapport au corps » et le score total de cette dimension et la corrélation entre ce même item et le score total d'une autre dimension (cf graphique 5).

Il existe une différence entre : la corrélation entre les items de la dimension « rapport aux autres » et le score total de cette dimension et la corrélation entre ces mêmes items et le score d'une autre dimension.

Cependant, cette différence n'est pas significative (cf graphique 6).

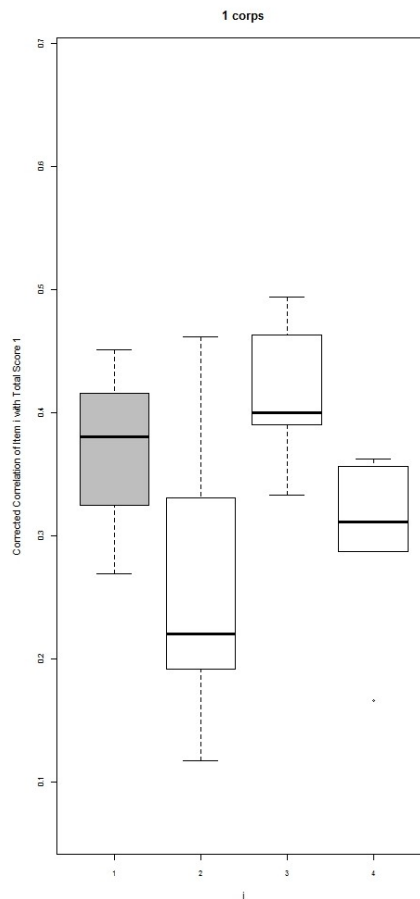
Il existe une différence entre : la corrélation entre les items de la dimension « rapport à soi » et le score total de cette dimension et la corrélation entre ces mêmes items et le score d'une autre dimension.

Cependant, cette différence n'est pas significative (cf graphique 7).

Il existe une différence entre : la corrélation entre les items de la dimension « efficacité » et le score total de cette dimension et la corrélation entre ces mêmes items et le score d'une autre dimension.

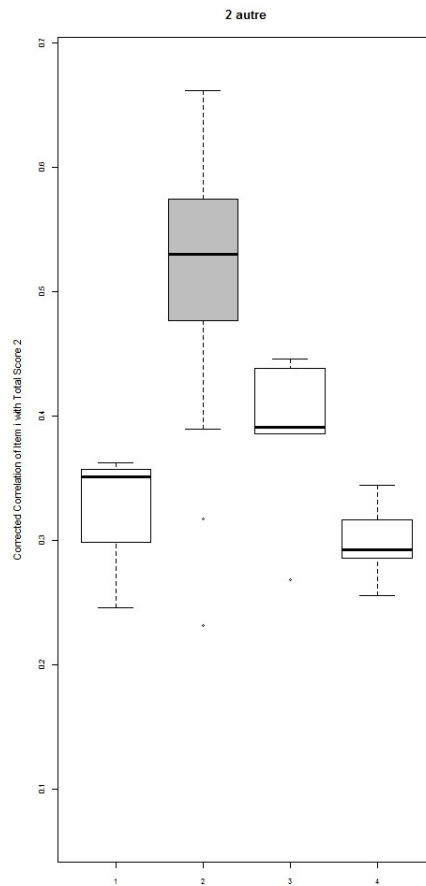
Cette différence est statistiquement significative (cf graphique 8).

Graphique 5 : Fiabilité score-item pour la dimension « rapport au corps »



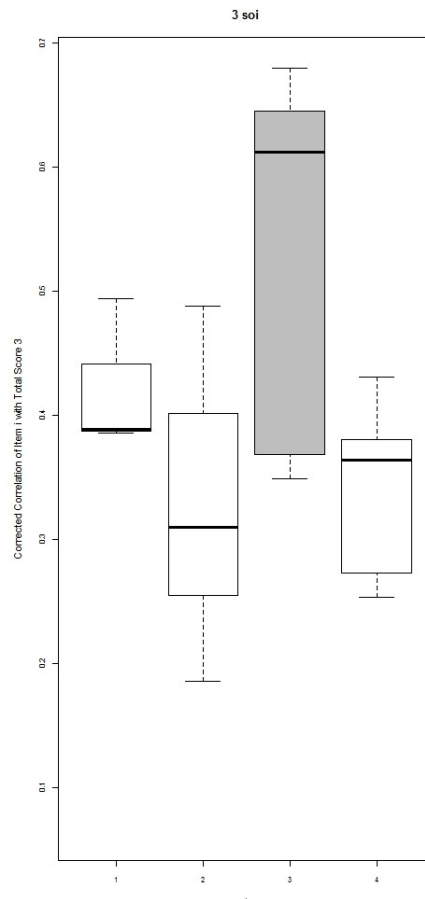
Le boxplot grisé représente graphiquement les corrélations entre les items de la dimension « rapport au corps » et le score total de cette dimension. Les box-plots blancs représentent les corrélations entre les items de la dimension « rapport au corps » et le score total de chaque autre dimension.

Graphique 6 : Fiabilité score-item pour la dimension « rapport aux autres »F



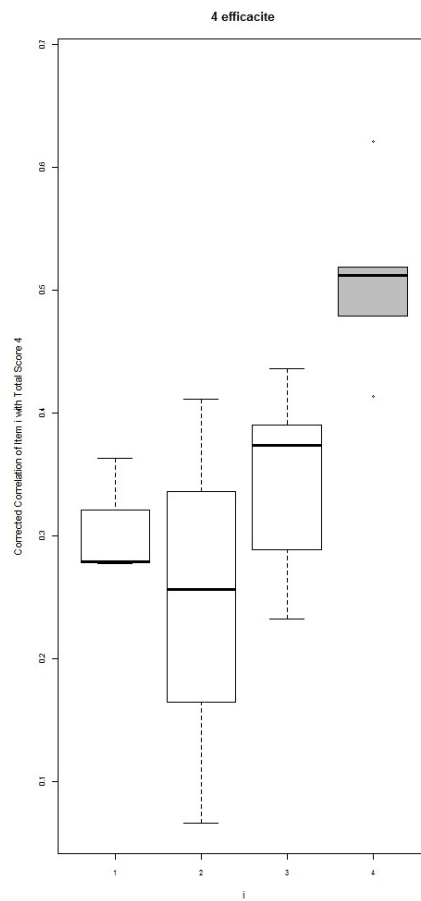
Le boxplot grisé représente graphiquement les corrélations entre les items de la dimension « rapport aux autres » et le score total de cette dimension. Les box-plots blancs représentent les corrélations entre les items de la dimension « rapport aux autres » et le score total de chaque autre dimension.

Graphique 7 : Fiabilité score-item pour la dimension « rapport à soi »



Le boxplot grisé représente graphiquement les corrélations entre les items de la dimension « rapport à soi » et le score total de cette dimension. Les box-plots blancs représentent les corrélations entre les items de la dimension « rapport à soi » et le score total de chaque autre dimension.

Graphique 8 : Fiabilité score-item pour la dimension « efficacité »



Le boxplot gris représente graphiquement les corrélations entre les items de la dimension « efficacité » et le score total de cette dimension. Les box-plots blancs représentent les corrélations entre les items de la dimension « efficacité » et le score total de chaque autre dimension.

3. Analyse factorielle : détermination d'autres dimensions

Il a été montré, grâce au diagramme des valeurs propres, que l'IRES était une échelle multi-dimensionnelle.

Sachant que les dimensions à priori définies n'ont pas été totalement confirmées, il a s'agit de savoir quels items pouvaient être regroupés pour former de nouvelles dimensions.

Pour cela, une analyse factorielle a été nécessaire.

L'analyse factorielle détermina les coefficients de corrélation entre chaque item et un facteur commun expliquant une part importante de la variance (ce facteur commun constituant ainsi une nouvelle dimension).

Le diagramme des valeurs propres à montré qu'il existait 4 dimensions ou facteurs communs.

Cependant, le point le plus déclive situé au-dessus du trait de « ce qui peut être attendu par le hasard » est quasiment « noyé » dans ce trait et n'explique que peu de variance.

Il a donc été décidé de ne retenir que 3 facteurs communs pour l'analyse factorielle. Le regroupement des items grâce à leur facteur commun aurait permis de nommer la dimension regroupant ces items (cf tableau 1).

**Tableau 1 : Coefficients de corrélation résultant de l'analyse factorielle concernant l'IRES
initiale**

	Factor1	Factor2	Factor3
Q1	<u>0,400</u>	0,129	0,159
Q2	<u>0,353</u>	0,243	0,186
Q3	<u>0,538</u>	0,125	0,077
Q4.1	0,010	<u>0,788</u>	0,064
Q4.2	-0,066	<u>0,801</u>	0,087
Q4.3	0,000	<u>0,790</u>	0,045
Q4.4	0,119	<u>0,578</u>	0,072
Q5.1	0,131	<u>0,648</u>	0,031
Q5.2	0,157	<u>0,543</u>	0,116
Q5.3	0,244	<u>0,531</u>	0,043
Q5.4	0,217	<u>0,397</u>	0,046
Q6.1	0,384	<u>0,562</u>	0,042
Q6.2	0,334	<u>0,434</u>	0,176
Q6.3	0,381	<u>0,452</u>	0,125
Q6.4	<u>0,414</u>	0,313	0,041
Q7.1	0,205	0,254	<u>0,683</u>
Q7.2	0,057	0,103	<u>0,884</u>
Q7.3	0,040	0,112	<u>0,982</u>
Q7.4	0,031	0,061	<u>0,872</u>
Q8.1	<u>0,600</u>	0,206	0,146
Q8.2	<u>0,579</u>	0,023	0,126
Q8.3	<u>0,676</u>	0,067	0,072
Q8.4	<u>0,613</u>	-0,092	0,064
Q9	<u>0,412</u>	0,118	0,034
Q9.1	<u>0,627</u>	0,157	0,041
Q10	<u>0,689</u>	0,175	-0,003
Q11	<u>0,347</u>	<u>0,332</u>	0,126
Q12	<u>0,700</u>	0,099	-0,030
Q13	<u>0,490</u>	0,051	0,001
Q14	<u>0,601</u>	0,087	-0,014
Q15	<u>0,440</u>	0,227	0,021
Q16	<u>0,380</u>	0,109	-0,007
Q17	<u>0,375</u>	0,153	-0,006
Répartition de la variance			
Ss loadings	5,62	4,707	3,192
Proportion Var	0,17	0,143	0,097
Cumulative Var	0,17	0,313	0,410

Les nombres représentent les corrélations entre les questions de l'IRES et les dimensions nouvelles recherchées, résultats obtenus par l'analyse factorielle. Les nombres en ***gras, italique et soulignés*** correspondent à la corrélation la plus forte entre une question et un des trois facteurs expliquant la variance.

Les questions 1, 2, 3, 6.4, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9, 9.1, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 sont corrélées au facteur 1.

Les questions 4.1, 4.2, 4.3, 5.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3 sont corrélées au facteur 2.

Les questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 sont corrélées au facteur 3.

4. Exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4

Cette analyse faisait apparaître que les questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 formaient à elles seules une dimension à part entière.

L'ACP 3D a révélé que la question 7 était peu corrélée avec les autres items de l'IRES.

En effet, cette représentation en 3 dimensions géométriques de l'analyse montrait bien que les 4 points représentant les questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 forment un groupe très excentré par rapport aux autres questions de l'IRES (cf graphique 6).

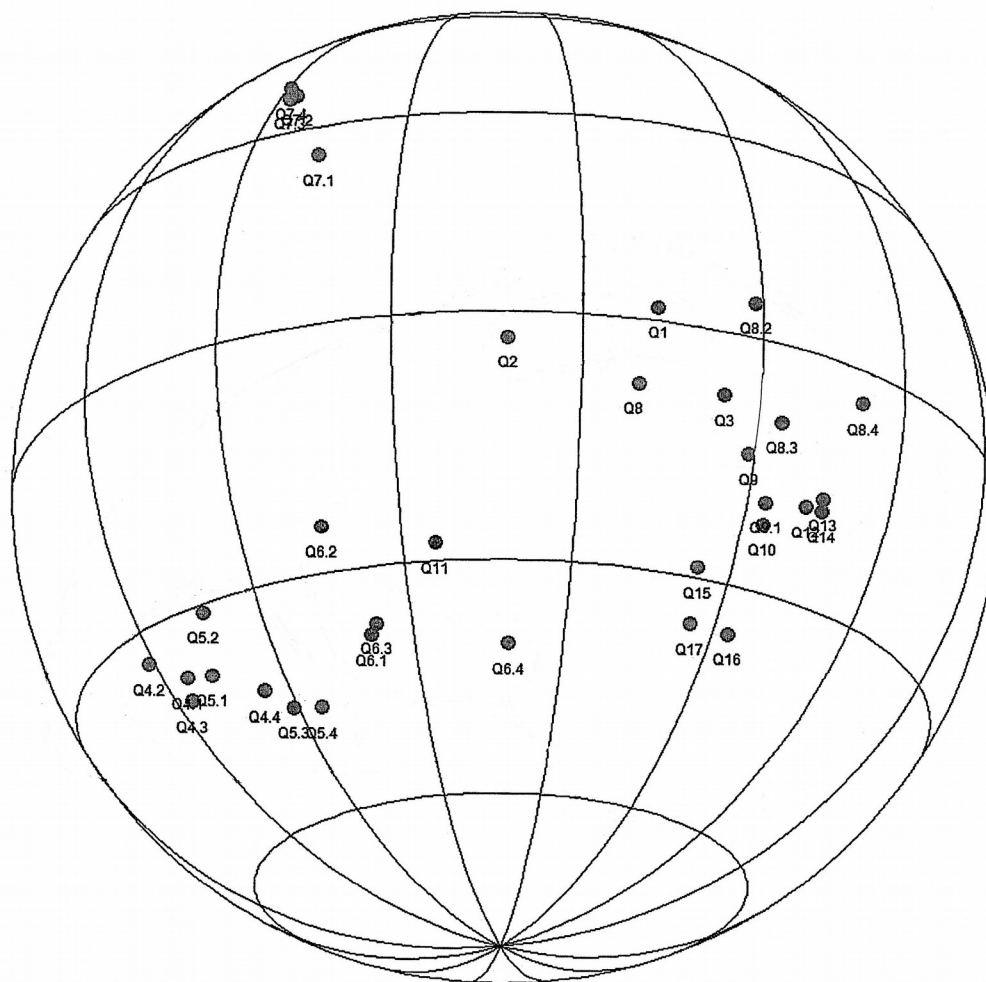
Ceci peut probablement s'expliquer par le fait que la question 7 a été mal comprise.

En effet, lors du recueil des questionnaires, il semble que la question 7 a été, pour un nombre conséquents de sujets, mal comprise, car elle comportait une préposition privative : « sans », et une conjonction négative : « ni ».

Cette incompréhension de la question 7 par de nombreux sujets posait problème puisqu'elle remettait question la validité de construit de l'IRES.

Il a, donc, été décidé d'exclure les questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 . Les analyses et résultats qui sont présentés dans la suite de l'étude excluent la question 7.

Graphique 9 : ACP 3D : représentation géométrique des coefficients de corrélation
résultant de l'analyse factorielle de l'IRES initiale



Ce graphique est une projection en 3 dimensions des différentes variables. Leur éloignement ou proximité les unes des autres vont permettre de regrouper les questions qui sont corrélées à un même facteur commun. On observe ici que les questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 sont excentrées du reste des questions.

B. Etude de l'IRES après exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4

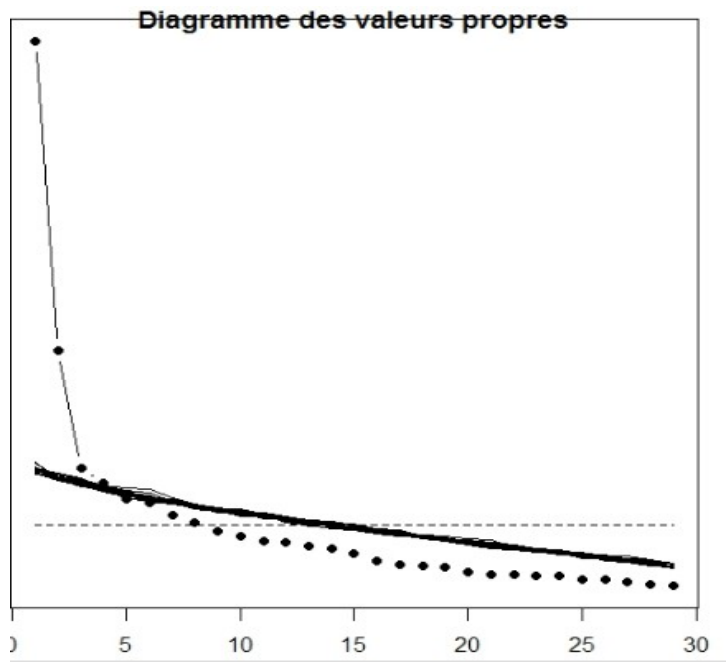
1. Analyse en composantes principales : l'IRES, une échelle multidimensionnelle

L'analyse en composantes principales a dégagé 3 dimensions à l'échelle IRES (nombre de dimensions logiques après l'exclusion de la question 7).

C'est ce que nous indique le diagramme des valeurs propres.

En effet, elles sont matérialisées par les 3 points au dessus du trait représentant « ce qui peut être attendu par le hasard » (cf graphique 10).

Graphique 10 : Diagramme des valeurs propres représentant le nombre de dimensions de l'IRES après exclusion de la question 7



Ce graphique est une représentation du nombre nécessaire de variable permettant d'expliquer la variance. Chaque point situé au-dessus du trait de « ce qui peut être attendu par le hasard » (représenté par le trait grossier ondulé sur le graphique) représente un facteur commun expliquant une partie de la variance. Ici, 3 facteurs communs expliquent la variance, donc on peut conclure qu'il existe 3 dimensions à l'IRES après exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4.

2. Analyse factorielle : détermination de nouvelles dimensions

Les corrélations de score item-total ont montré, précédemment, que les dimensions à priori définies n'étaient pas validées (cf graphiques 5, 6, 7 et 8).

Une nouvelle analyse factorielle exploratoire a été réalisée afin de déterminer quel item se rattachait à quel facteur commun.

Un premier facteur commun (factor1) expliquait 17,1 % de la variance et regroupait les questions : Q1, Q2, Q3, Q8.1, Q8.2, Q8.3, Q8.4, Q9, Q9.1, Q10, Q12, Q13, Q14, Q15.

Un deuxième facteur commun (factor2) expliquait 12,3 % de la variance et regroupait les questions : Q5.1, Q5.2, Q5.3, Q5.4, Q6.1, Q6.2, Q6.3, Q6.4, Q16, Q17.

Un troisième facteur commun (facteur3) expliquait 10,8 % de la variance et regroupait les questions : Q4.1, Q4.2, Q4.3, Q4.4.

La question 11 n'est corrélée avec aucun facteur de manière nette.

Les 3 facteurs communs cumulés expliquent 40,2 % de la variance. Les résultats sont significatifs d'un point de vue statistique avec $p=5,07e-63$ (cf tableau 2).

Tableau 2 : Coefficients de corrélation résultant de l'analyse factorielle après exclusion

questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4

	Factor1	Factor2	Factor3
Q1	<u>0,429</u>	0,080	0,097
Q2	<u>0,361</u>	0,173	0,189
Q3	<u>0,538</u>	0,098	0,115
Q4.1	0,058	0,263	<u>0,734</u>
Q4.2	0,018	0,134	<u>0,877</u>
Q4.3	0,088	0,133	<u>0,853</u>
Q4.4	0,147	0,260	<u>0,509</u>
Q5.1	0,051	<u>0,454</u>	<u>0,481</u>
Q5.2	0,053	<u>0,518</u>	0,345
Q5.3	0,120	<u>0,586</u>	0,301
Q5.4	0,119	<u>0,460</u>	0,218
Q6.1	0,247	<u>0,624</u>	0,298
Q6.2	0,160	<u>0,709</u>	0,137
Q6.3	0,216	<u>0,713</u>	0,155
Q6.4	0,281	<u>0,574</u>	0,055
Q8.1	<u>0,512</u>	0,291	0,112
Q8.2	<u>0,564</u>	0,136	-0,017
Q8.3	<u>0,644</u>	0,204	-0,021
Q8.4	<u>0,582</u>	0,137	-0,164
Q9	<u>0,417</u>	0,109	0,075
Q9.1	<u>0,690</u>	0,076	0,130
Q10	<u>0,727</u>	0,137	0,123
Q11	0,303	0,329	0,202
Q12	<u>0,707</u>	0,121	0,057
Q13	<u>0,481</u>	0,118	0,002
Q14	<u>0,599</u>	0,136	0,007
Q15	<u>0,456</u>	0,145	0,169
Q16	0,282	<u>0,350</u>	-0,070
Q17	0,297	<u>0,307</u>	-0,003
Répartition de la variance			
Ss loadings	4,953	3,571	3,131
Proportion Var	0,171	0,123	0,108
Cumulative Var	0,171	0,294	0,402

Test of the hypothesis that 3 factors are sufficient.

The chi square statistic is 948.48 on 322 degrees of freedom.

The p-value is 5.07e-63

Les nombres représentent les corrélations entre les questions de l'IRES et les dimensions recherchées après l'exclusion de la question 7, résultats obtenus par l'analyse factorielle. Les nombres en ***gras, italique et soulignés*** correspondent à la corrélation la plus forte entre une question et un des trois facteurs expliquant la variance.

Les questions 1, 2, 3, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9, 9.1, 10, 12, 13, 14, 15 sont corrélées au facteur 1.

Les questions 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 16, 17 sont corrélées au facteur 2.

Les questions 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1 sont corrélées au facteur 3

Il est également possible de représenter, grâce à l'ACP 3D, la corrélation des items avec leur facteur commun dans une représentation géométrique (cf graphique 11).

Sur cette représentation, les nouvelles dimensions peuvent être identifiées géométriquement.

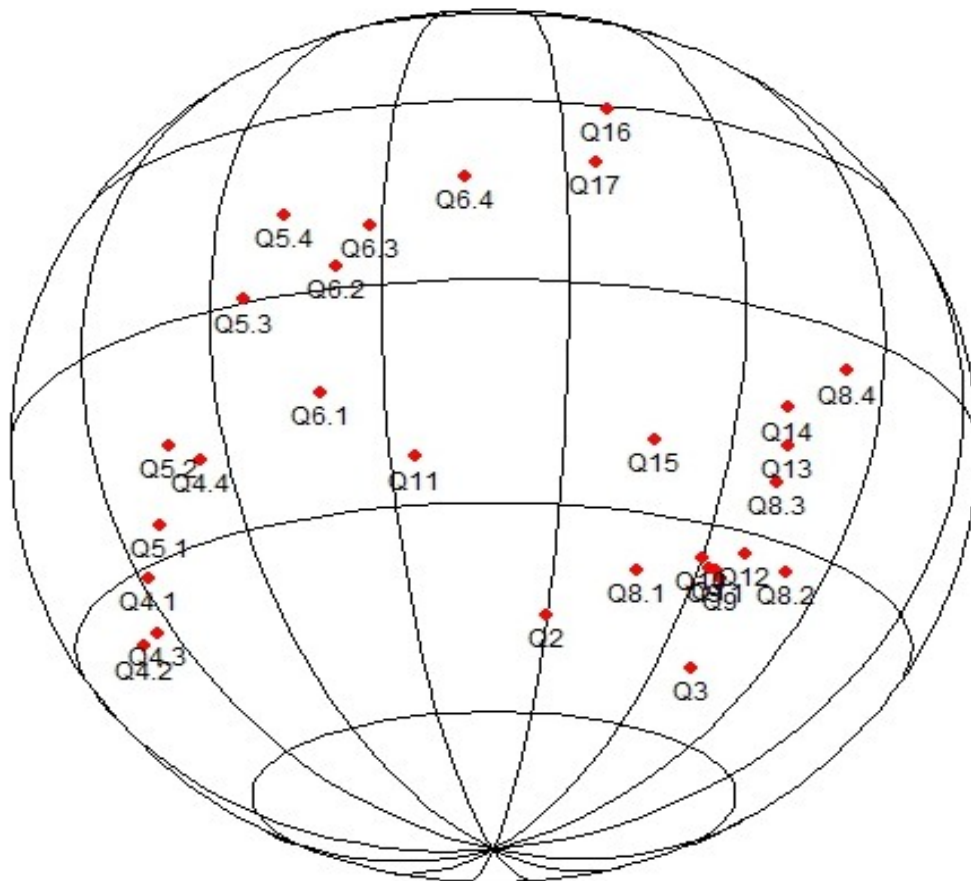
Le facteur 1 ou dimension 1 regroupe les questions : Q1, Q2, Q3, Q8.1, Q8.2, Q8.3, Q8.4, Q9, Q9.1, Q10, Q12, Q13, Q14, Q15.

Le facteur 2 ou dimension 2 regroupe les questions : Q5.1, Q5.2, Q5.3, Q5.4, Q6.1, Q6.2, Q6.3, Q6.4, Q16, Q17.

Le facteur 3 ou dimension 3 regroupe les questions : Q4.1, Q4.2, Q4.3, Q4.4.

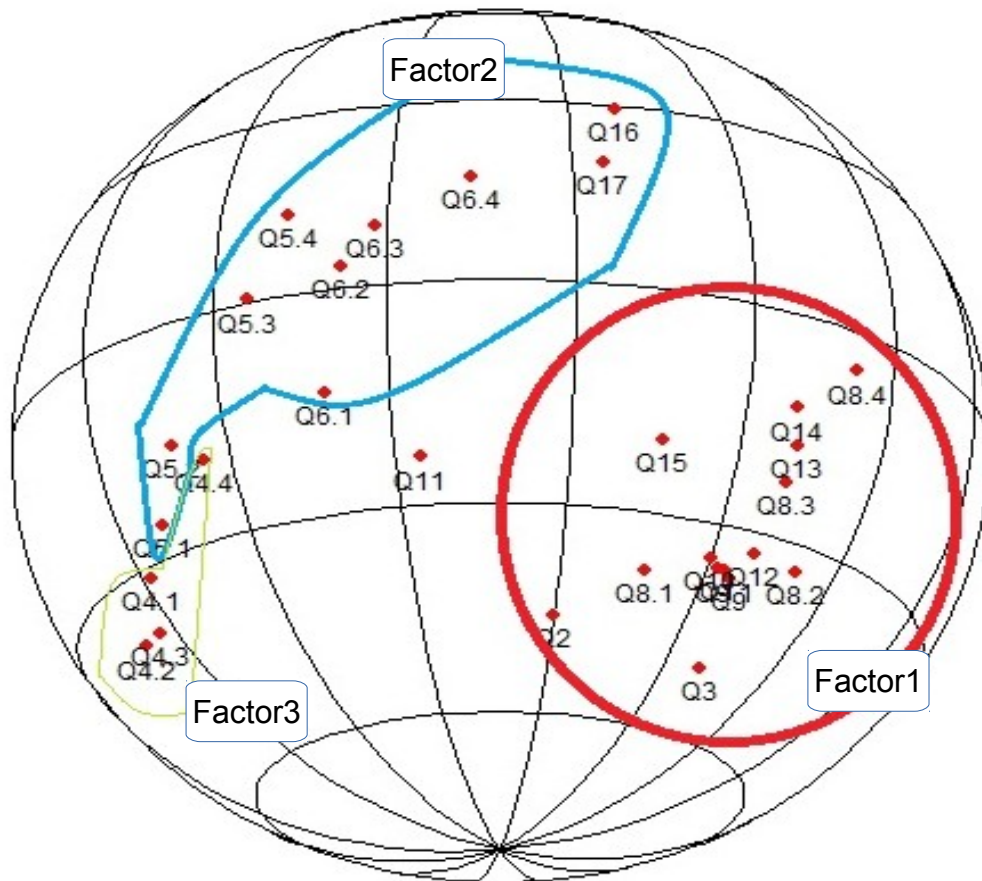
La question 11 n'est corrélée à aucune dimension de manière franche (cf graphique 12).

Graphique 11 : ACP 3D : représentation géométrique des coefficients de corrélation
résultant de l'analyse factorielle après exclusion de la question 7



Ce graphique est une projection en 3 dimensions des différentes variables. Leur éloignement ou proximité les unes des autres vont permettre de regrouper les questions qui sont corrélées à un même facteur commun. Ce graphique a été réalisé après l'exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4.

Graphique 12 : ACP 3D : représentation géométrique des coefficients de corrélation
résultant de l'analyse factorielle après exclusion de la question 7 et délimitation
géométrique des différentes dimensions de l'IRES



Ce graphique est une projection en 3 dimensions des différentes variables. Leur éloignement ou proximité les unes des autres vont permettre de regrouper les questions qui sont corrélées à un même facteur commun. Ce graphique a été réalisé après l'exclusion des questions 7.1, 7.2, 7.3, 7.4.

Les questions 1, 2, 3, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9, 9.1, 10, 12, 13, 14, 15 sont corrélées au facteur 1 et forment ainsi la dimension 1 (entourée en rouge).

Les questions 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 16, 17 sont corrélées au facteur 2 et forment ainsi la dimension 2 (entourée en bleu).

Les questions 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1 sont corrélées au facteur 3 et forment ainsi la dimension 3 (entourée en jaune).

3. Corrélations de Pearson's : qualité psychométrique de l'IRES

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg a servi d'échelle de référence pour valider l'IRES. Sur le plan statistique, des corrélations de Pearson's ont été étudiées entre l'IRES et l'échelle de Rosenberg,

- entre le facteur 1 (ou dimension 1) et l'échelle de Rosenberg,
- entre le facteur 2 (ou dimension 2) et l'échelle de Rosenberg,
- entre le facteur 3 (ou dimension 3) et l'échelle de Rosenberg.

Ces analyses ont permis de confirmer que l'IRES et chacune de ses dimensions étaient intéressantes sur le plan psychométrique en mesurant bien ce que l'IRES est censée mesurer : l'estime de soi .

Les analyses statistiques ont mis en évidence qu'il existait une corrélation positive entre :

- l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et l'IRES (coefficient de corrélation de Pearson's de 0.5738351, $IC=[0.4689564-0.6627560]$, $p<2,2e-16$),
- l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et la dimension 1 (coefficient de corrélation de Pearson's de 0.6262868, $IC=[0.5313011-0.7057222]$, $p<2,2e-16$),
- l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et la dimension 2 (coefficient de corrélation de Pearson's de 0,3346992, $IC=[0.2023349-0.4550542]$, $p=2,218e-06$),
- l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et la dimension 3 (coefficient de corrélation de Pearson's de 0.2395433, $IC=[0.1021144-0.3679998]$ $p=0.0007682$)

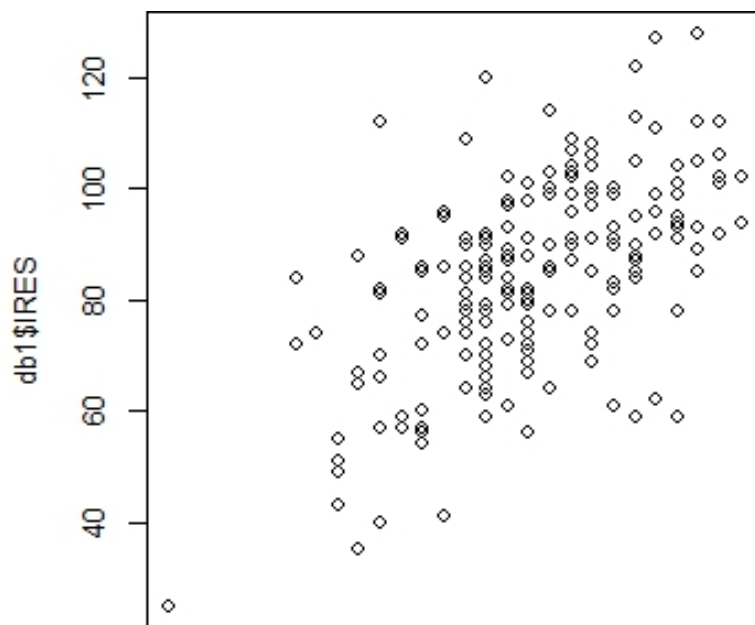
(cf tableau 3 et graphiques 13, 14, 15, 16).

Tableau 3 : Coefficients de corrélation de Pearson's entre l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et l'IRES, la dimension 1, la dimension 2, la dimension 3

	Coefficient de corrélation de Pearson's avec comme référence l'échelle d'estime de soi de Rosenberg	<i>p</i>
IRES	0.5738351	<2,2e-16
Dimension 1	0.6262868	<2,2e-16
Dimension 2	0.3346992	2,218e-06
Dimension 3	0.2395433	0.0007682

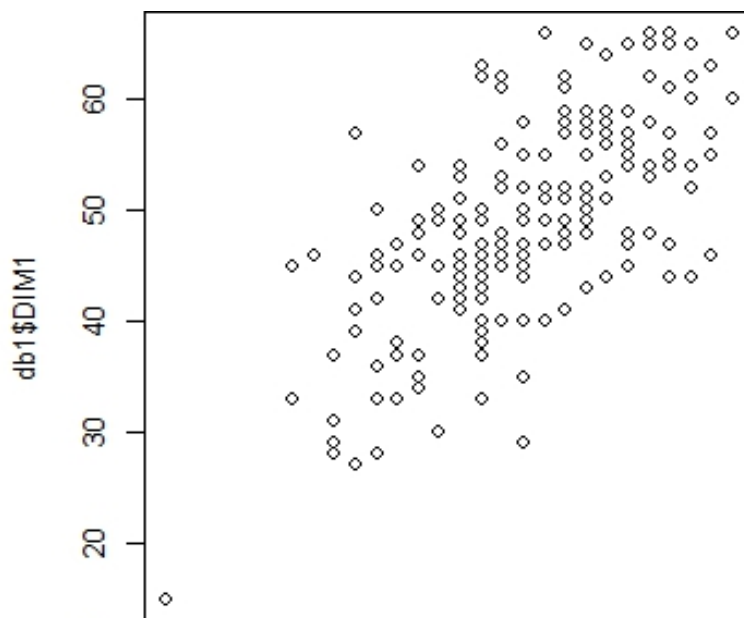
Les coefficients de corrélation de Pearson's montrent qu'il existe une corrélation entre l'IRES et l'échelle de Rosenberg, entre la dimension 1 et l'échelle de Rosenberg, entre la dimension 2 et l'échelle de Rosenberg, et entre la dimension 3 et l'échelle de Rosenberg. Ces corrélations sont statistiquement significatives comme en attestent les *p-value* inférieurs à 0,05 pour chaque corrélation.

Graphique 13 : Représentation en nuage de points de la corrélation de Pearson's entre l'IRES et l'échelle de Rosenberg



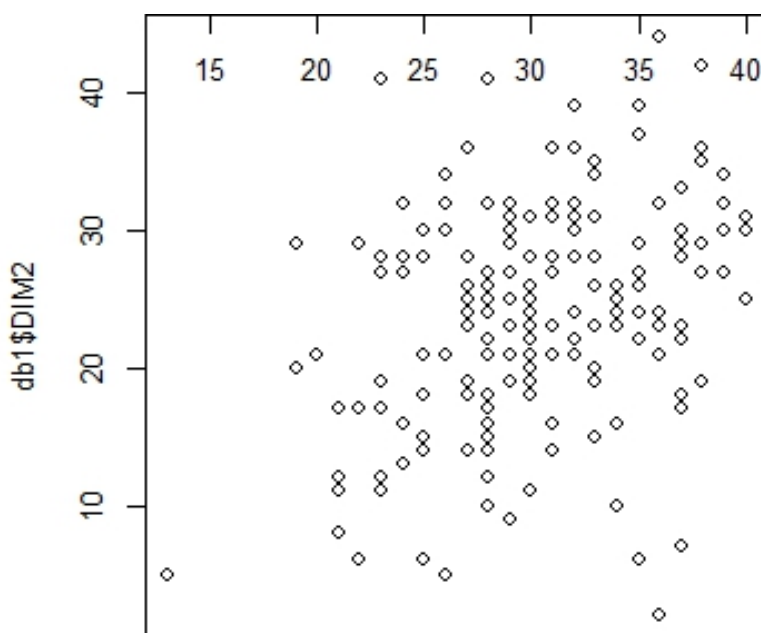
Chaque point représente un sujet ayant répondu à l'IRES et à l'échelle de Rosenberg. L'axe des abscisses correspond au score à l'échelle de Rosenberg pour un sujet et l'axe des ordonnées correspond au score à l'IRES pour ce même sujet. Le nuage de points forme globalement une ligne, il existe donc une corrélation entre les 2 variables.

Graphique 14 : Représentation en nuage de points de la corrélation de Pearson's entre la dimension 1 et l'échelle de Rosenberg



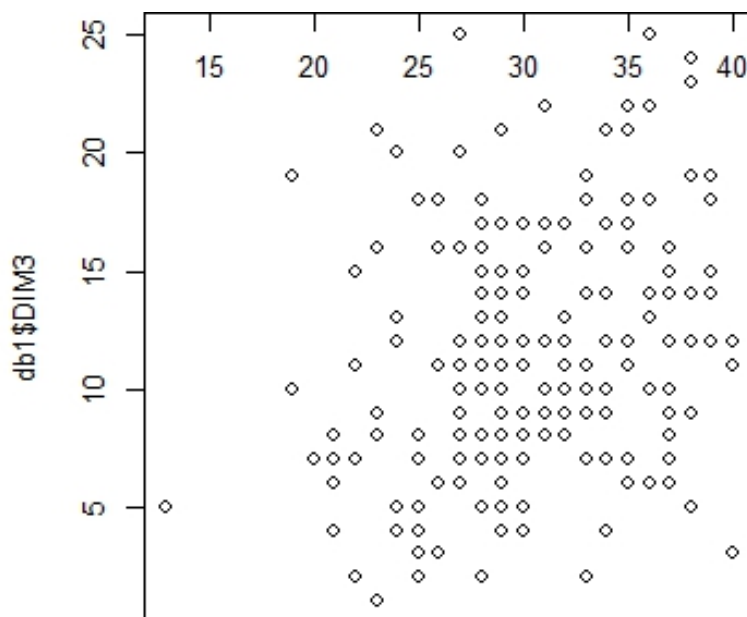
Chaque point représente un sujet ayant répondu à la dimension 1 et à l'échelle de Rosenberg. L'axe des abscisses correspond au score à l'échelle de Rosenberg pour un sujet et l'axe des ordonnées correspond au score à la dimension 1 pour ce même sujet. Le nuage de points forme globalement une ligne, il existe donc une corrélation entre les 2 variables.

Graphique 15 : Représentation en nuage de points de la corrélation de Pearson's entre la dimension 2 et l'échelle de Rosenberg



Chaque point représente un sujet ayant répondu à la dimension 2 et à l'échelle de Rosenberg. L'axe des abscisses correspond au score à l'échelle de Rosenberg pour un sujet et l'axe des ordonnées correspond au score à la dimension 2 pour ce même sujet. Le nuage de points forme globalement une ligne, il existe donc une corrélation entre les 2 variables.

Graphique 16 : Représentation en nuage de points de la corrélation de Pearson's entre la dimension 3 et l'échelle de Rosenberg



Chaque point représente un sujet ayant répondu à la dimension 3 et à l'échelle de Rosenberg. L'axe des abscisses correspond au score à l'échelle de Rosenberg pour un sujet et l'axe des ordonnées correspond au score à la dimension 3 pour ce même sujet. Le nuage de points forme globalement une ligne, il existe donc une corrélation entre les 2 variables.

4. Fiabilité

Il a s'agit, avec le coefficient alpha de Cronbach, d'estimer la fidélité de l'IRES. Le coefficient alpha de Cronbach a été utilisé pour évaluer la cohérence interne de l'IRES. Les auteurs jugent que ce coefficient doit être supérieur à 0,7 pour être acceptable [23].

Le coefficient alpha de Cronbach était de 0.902695.

IV. LES CORRELATIONS ANNEXES

1. IRES et dépression

Le test de Fisher montrait une corrélation entre un score bas à l'IRES et les sujets ayant répondu positivement à la question filtre concernant les affects dépressifs du MINI avec une valeur pour le test de Fisher de 15,31 (cf graphique 17).

2. Echelle d'estime de soi de Rosenberg et dépression

Le test de Fisher montrait une corrélation entre un score bas à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et les sujets ayant répondu positivement à la question filtre concernant les affects dépressifs du MINI avec une valeur de Fisher de 10,36 (cf graphique 18).

Graphique 17 : Coefficient de corrélation de Fisher entre l'IRES et la question filtre du MINI concernant les affects dépressifs

Croisement de la question "IRES" avec la question "DEPRESSION"

	DEPRESSION →	0	1	Total
IRES ↓				
Moyenne		102,29	90,4	97,78
Ecart-type		17,82	17,63	18,61
Médiane		103	90	99
Min - Max		37 - 140	52 - 141	37 - 141
Somme		9206	4972	14178
Effectif		90	55	145

Valeurs supplémentaires

	DEPRESSION →	0	1	Total
IRES ↓				
Etendue		103	89	104
Variance		317,67	310,87	346,42
Coefficient de variation		0,17	0,2	0,19
Concentration		0,89	0,96	0,74
Skewness		-0,65	0,22	-0,29
Kurtosis		1,19	-0,04	0,16
Normalité		0,58	0,75	0,72
Quartiles (25-75)		93 - 103 - 113	77 - 90 - 100,5	86 - 99 - 111
Moyenne corrigée (10-90)		103,14	90,09	98,21

Réponses effectives : 145

Non-réponse(s) : 0

Taux de réponse : 100%

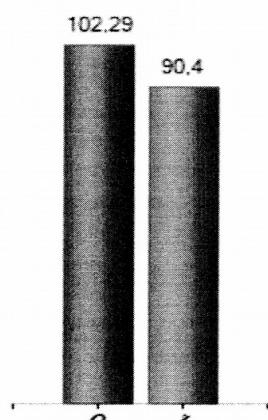
p-value = < 0,01 ; Fisher = 15,31. La relation est très significative.

Valeurs supplémentaires

V de Cramer : 0,31

Variance inter : 4825,25

Variance intra : 315,1

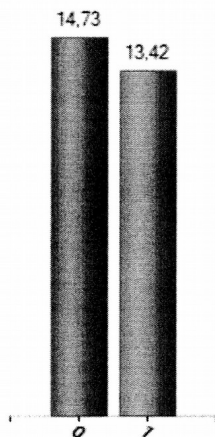


On observe que la corrélation entre l'IRES et les affects dépressifs est très significative avec un coefficient de corrélation de Fisher égal à 15,31 avec $p < 0,01$.

Graphique 18 : Coefficient de corrélation de Fisher entre l'échelle d'estime de soi de Rosneberg et la question filtre du MINI concernant les affects dépressifs

Croisement de la question "rosenberg" avec la question "DEPRESSION"

	DEPRESSION →	0	1	Total
rosenberg ↓				
Moyenne		14,73	13,42	14,23
Ecart-type		2,16	2,72	2,46
Médiane		15	13	14
Min - Max		9 - 19	7 - 19	7 - 19
Somme		1326	738	2064
Effectif		90	55	145
Valeurs supplémentaires				
	DEPRESSION →	0	1	Total
rosenberg ↓				
Etendue		10	12	12
Variance		4,67	7,4	6,07
Coefficient de variation		0,15	0,2	0,17
Concentration		0,96	0,95	0,76
Skewness		-0,05	-0,01	-0,2
Kurtosis		-0,59	-0,59	-0,35
Normalité		0,68	0,77	0,63
Quartiles (25-75)		13 - 15 - 16	12 - 13 - 15	12 - 14 - 16
Moyenne corrigée (10-90)		14,83	13,35	14,11
Réponses effectives : 145		Non-réponse(s) : 0		Taux de réponse : 100%
p-value = < 0,01 ; Fisher = 10,36. La relation est très significative.				
Valeurs supplémentaires				
V de Cramer : 0,31				
Variance inter : 59,05				
Variance intra : 5,7				



On observe que la corrélation entre l'échelle de Rosenberg et les affects dépressifs est très significative avec un coefficient de corrélation de Fisher égal à 10,36 avec $p < 0,01$.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de valider une échelle d'estime de soi multidimensionnelle : l'IRES.

Cette échelle a été conçue dans l'optique d'une utilisation clinique pragmatique.

Son but est de mettre en exergue, chez un patient en souffrance psychique, une ou plusieurs composantes de l'estime de soi déficitaires pour pouvoir intervenir de manière rapide sur celle(s)-ci.

L'IRES pourrait constituer, ainsi, un outil complémentaire dans la prise en soin des patients, notamment en ambulatoire.

I. PRINCIPAUX RESULTATS

A. Population de l'étude

La population étudiée est une population non clinique composée de soignants (aides-soignants, infirmiers , internes en médecine) ainsi que de leur entourage.

On remarque une proportion importante de réponses positives à la question filtre en rapport avec la présence d'affects dépressifs (36,7 % des sujets).

On peut peut-être expliquer ce chiffre par le fait que la population de l'étude est composée d'une grande proportion de soignants.

B. Distribution des réponses

Certaines distributions de réponses n'étaient pas normales comme le montrent les barplots (cf ensembles graphiques 1, 2 et 3).

On remarque que, pour les questions 5.4 et 4.4, il existe un effet plancher.

C'est-à-dire qu'une majorité de sujets ont répondu par des scores bas à ces questions. Tandis que pour les questions 1, 6.1, 8.1, 8.2, 8.3 et 9, on remarque qu'il existe un effet plafond, c'est-à-dire qu'une majorité des sujets ont répondu par des scores hauts à ces questions.

Cela peut constituer une difficulté.

- Premièrement, s'il existe un effet plancher ou plafond, cela signifie qu'un nombre important de sujets ont répondu la même chose et que, donc, ces items sont peu informatifs.
- Deuxièmement, ce type de distribution peut poser problème pour les outils statistiques.

[24]

Cependant, sur un plan clinique, cela peut-être intéressant.

En effet, si on observe un effet plafond pour la distribution des réponses à une question, cela suppose que la plupart des sujets obtiennent un haut score à cette question. Un score bas obtenu à cette question pour un sujet donné induirait que celui-ci éprouve, probablement, une souffrance psychique particulièrement importante ou bien, qu'il existe, chez ce sujet, des difficultés particulières dans le domaine exploré par la question.

C. Validité de l'IRES

1. L'IRES initiale

L'analyse en composantes principales a mis en lumière 4 dimensions composant l'échelle, ce qui était attendu au vu du construit à priori à 4 dimensions :

- « rapport aux corps »,
- « rapport aux autres »,
- « rapport à soi »
- « efficacité ».

Cependant, elles n'ont pas été totalement validées par les corrélations de score item-total.

La dimension « rapport au corps » n'a pas été validée.

Les dimensions « rapport aux autres » et « rapport à soi » ont montré une différence mais qui n'était pas statistiquement significative.

La seule dimension qui a été validée par les corrélations de score item-total a été la dimension « efficacité » (cf graphiques 5, 6, 7 et 8).

Pour une échelle à plusieurs dimensions, le fait qu'il existe une inhomogénéité d'items à l'intérieur d'une dimension est problématique.

En effet, si dans une dimension, l'ensemble des items explorent 2 aspects différents de l'objet d'étude, il serait possible d'obtenir le même score à cette dimension pour 2 réalités différentes de l'objet d'étude, l'échelle perdant, ainsi, en précision et l'intérêt de son

construit multidimensionnel.[24]

Une analyse factorielle exploratoire a été utilisée pour définir de nouvelles dimensions à l'IRES et pouvoir regrouper les items de façon homogène.

Cette analyse a exploré 3 facteurs communs (ces facteurs expliquant chacun une part importante de la variance).

En effet, malgré le fait que l'analyse en composantes principales a révélé 4 dimensions à l'échelle (graphique 4), il a été décidé de réaliser l'analyse avec 3 facteurs, car la 4ème dimension était très proche de « ce qui peut être attendu par le hasard » sur un plan statistique et expliquait une part négligeable de variance.

L'analyse factorielle réalisée a mis en évidence d'autres dimensions composant l'IRES (cf tableau 1).

- Le facteur 1 regroupait les questions : 1, 2, 3, 6.4, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9, 9.1, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.
- Le facteur 2 regroupait les questions : 4.1, 4.2, 4.3, 5.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3.
- Le facteur 3 regroupait les questions : 7.1, 7.2, 7.3, 7.4.

L'ACP 3D a montré que la question 7 était peu corrélée au reste des questions de l'IRES (graphique 9).

Durant le recueil des questionnaires, il est apparu que certains sujets ont mal compris la question 7.

Cela peut s'expliquer par la formulation de la question : « Je suis en relation avec les autres sans les surveiller ni les étouffer ».

La question construite avec la préposition privative « sans » et la conjonction négative

« ni » peut, effectivement, paraître peu compréhensible.

Ceci peut expliquer la faible corrélation avec les autres questions. La probable mauvaise compréhensibilité de la question 7 mettait en question la validité de construit.

L'analyse de l'IRES a donc été à nouveau réalisée après exclusion de la question 7.

2. L'IRES après exclusion de la question 7

La nouvelle analyse en composantes principales a mis au jour 3 dimensions de l'IRES après exclusion de la question 7 (cf graphique 10).

L'analyse factorielle exploratoire a permis d'établir les corrélations entre les différentes questions et les facteurs communs et ainsi de regrouper les questions en 3 dimensions (cf tableau 2, graphiques 11 et 12) :

- le facteur 1 ou dimension 1 regroupait les questions : 1, 2, 3, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 9, 9.1, 10, 12, 13, 14, 15.
- le facteur 2 ou dimension 2 regroupait les questions : 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 16, 17
- le facteur 3 ou dimension 3 regroupait les questions : 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1.

Concernant la question 5.1, on remarquait une corrélation plus forte avec le facteur 3, alors que les questions 5.2, 5.3, 5.4 sont corrélées de avec le facteur 2.

Cependant, il semblait plus cohérent d'intégrer la question 5.1 au facteur 2.

La plus forte corrélation avec le facteur 3 pourrait s'expliquer par des variations statistiques.

La question 11 ne présente aucune corrélation forte que soit avec le facteur 1, 2 ou 3. Elle est assez peu informative.

On ne peut la classer dans aucune des nouvelles dimensions.

Les corrélations de Pearson's ont permis de valider l'IRES sur le plan psychométrique.

On retrouvait une corrélation entre la globalité de l'IRES et l'échelle de Rosenberg égale à 0.5738351, qui est une corrélation assez forte.

L'IRES explore bien l'estime de soi. On remarquait que la dimension 1 est très corrélée avec l'échelle de Rosenberg avec un coefficient de corrélation égal à 0.6262868.

Les dimensions 2 et 3 obtenaient des coefficients de corrélation moins forts avec des coefficients égaux, respectivement, à 0.3346992 et 0.2395433,

Mais tous deux statistiquement significatifs (cf tableau 3). Sur un plan graphique, ce fut l'observation que l'on pouvait faire avec des nuages de points plus alignés pour l'IRES et la dimension 1, tandis qu'on obtenait des nuages de points plus éparpillés pour les dimensions 2 et 3 (cf graphiques 13, 14, 15 et 16).

Le coefficient de Cronbach était égal à 0.902695. Dans la littérature, les auteurs expliquent qu'un coefficient supérieur à 0.7 est souhaitable, un coefficient supérieur à 0.9 montre une très bonne cohérence interne.[23]

Concernant les corrélations annexes, on obtenait une corrélation forte entre les affects dépressifs et l'échelle de Rosenberg avec un coefficient de corrélation de Fisher égal à 10,36.

Il existait également une corrélation forte entre l'IRES et les affects dépressifs avec un coefficient de corrélation de Fisher égal à 15,31.

D. Discussion des nouvelles dimensions

1. Dimension 1

Cette dimension comprenait des questions ayant trait avec ce que André et Lelord appelait l' « amour de soi ».[3]

En effet, on retrouvait les questions : 9 « Je me connais bien » ; 9.1 « Je trouve que je suis quelqu'un de bien, avec mes qualités et mes défauts » ; 10 « Je me sens digne d'être aimé(e) » ; 12 « Je m'accepte tel (le) que je suis » .

On notait, à propos de ces questions, que c'étaient celles qui corrélaient le plus fortement avec cette dimension.

Ces résultats sont en accord avec la vision de Lelord et André.

Effectivement, ces auteurs expliquent que le cœur de l'estime de soi serait l' « amour de soi ».

Dans la dimension, on retrouvait également les questions : 1 « Je prends soin de mon apparence physique (hygiène, coiffure, vêtements...) » ; 2 « Je prends soin de ma santé (me soigner, sommeil, alimentation...) » ; 3 « Je suis satisfait de ma sexualité » issues de la dimension « rapport au corps » définies à priori lors de la construction de l'IRES.

On retrouvait, également, certaines questions liées à la dimension définies à priori « efficacité » : 13 « Quand j'ai un projet, j'arrive à le réaliser » ; 14 « Je persévère quand je suis confronté(e) à une difficulté » ; 15 « Je fais face aux personnes ou aux situations qui me font peur ».

Ces questions font référence à la croyance du sujet en ses capacités à réaliser des projets

et en ses capacité à faire face à l'adversité (que les difficultés proviennent d'un plan pratique ou d'autre(s) individu(s)).

Enfin, la dimension intégrait également la question en rapport avec l' « aisance sociale » : 8 « Je me sens libre d'être moi-même avec mon (ma) conjointe / ma famille / mes ami(e)s / mes relations de travail ».

La dimension 1 comporte, donc, des éléments de l' « amour de soi », du « rapport au corps », de l'« efficacité », et l' « aisance sociale ».

Devant ces items composant cette dimension, il semblait correct de dénommer cette dimension : « rapport à soi » .

2. Dimension 2

Cette dimension comprenait les questions : 5 « Je demande de l'aide et du soutien quand j'en ai besoin » et 6 « Je dis facilement ce que je pense et ce que je ressens ».

On observe, donc, des questions en lien avec l'expression de besoins et l'expression de pensées et d'émotions. Cette dimension a, de ce fait, été dénommée : « expression des besoins et des émotions ».

Les questions 16 et 17 avaient leurs corrélations les plus fortes avec la dimension 2, cependant au vu de chacune de leur valeur de corrélation assez faible, il ne semblait pas pertinent de les garder.

3. Dimension 3

Cette dimension est constituée de la question : 4 « Je me préserve en disant "stop" ou "non" quand on m'en demande trop ».

Il a semblé satisfaisant de dénommer cette dimension : « affirmation de soi ».

Les analyses et interprétations des résultats l'IRES ont permis d'affirmer que les 4 dimensions définies à priori n'ont pas été totalement validées, que l'analyse factorielle exploratoire a permis de découvrir qu'il s'agissait d'une échelle d'estime de soi multidimensionnelle à 3 dimensions qu'on pouvait décomposer ainsi :

- « rapport à soi »
- « expression des besoins et des émotions »
- « affirmation de soi ».

Pour Rosenberg, l'estime de soi global et l'estime de soi dans des domaines spécifiques sont deux phénomènes distincts.

L'estime de soi globale étant plutôt liée à une dimension affective de la perception de l'individu par lui-même, tandis que l'estime de soi dans des domaines spécifiques serait plutôt liée à une dimension cognitive puisque étant une auto-évaluation des compétences dans un domaine donné par l'individu.[5]

C'est ce qui semble être conforté par l'étude, en effet la dimension « rapport à soi » est très corrélée à l'échelle de Rosenberg, notamment les questions relatives à l' « amour de soi ».

Les autres questions de cette dimension relatives à l' « efficacité » et l' « aisance sociale » ont trait aux compétences et en la croyance en ces compétences, mais avec une tonalité générale, ce qui peut expliquer le fait qu'elles soient liées à l'estime de soi globale.

Les dimensions « expression des besoins et des émotions » et « affirmation de soi » ont trait aux compétences, cela peut expliquer le fait qu'elles soient corrélées de manière moins forte avec l'échelle de Rosenberg.

E. Biais et force de l'étude

Biais de l'étude

Premièrement, on note que la population de l'étude est non représentative, puisqu'il y a une surreprésentation des professions paramédicales et médicales dans cet échantillon au regard des procédés de diffusion des questionnaires.

Deuxièmement, l'échantillon est de relativement petite taille avec 210 sujets ayant complété le questionnaire.

De plus, en raison de données manquantes et de l'impossibilité de calculer un score d'échelle en cas de données manquantes, 26 questionnaires ont été exclus de l'étude réduisant d'autant la puissance de l'étude.

Force de l'étude

On peut noter que l'étude est multicentrique avec des sujets issus du personnel soignant de plusieurs établissements de santé (EPSM Lille Métropole, CSM J.B Pussin du C.H. de Lens, du groupe AHNAC avec l'EHPAD l'Aquarelle, l'EHPAD Denise Delaby et le centre de psychothérapie les Marronniers de Bully-les-Mines).

L'échelle de référence utilisée pour évaluer l'IRES était la *self esteem scale* de Rosenberg très largement utilisée dans la littérature.

L'IRES est une échelle multidimensionnelle de l'estime de soi qui explore différentes dimensions de l'estime de soi.

L'évaluation porte également sur plusieurs secteurs de vie à l'intérieur de ces dimensions

de l'estime de soi : conjoint(e), famille, ami(e)s, travail.

Ce qui nous paraissait très intéressant pour l'application en situation clinique.

F. Perspectives

Cette étude a mis en lumière pour l'IRES d'autres dimensions que celles qui avaient été attendues après la construction de celle-ci.

Certains items ont été supprimés du questionnaire.

Dans l'avenir, il pourrait être intéressant de poursuivre le travail en réorganisant les questions en les regroupant dans les dimensions apparues pendant l'étude. Les échelles existantes d'estime de soi multidimensionnelles voient leurs questions disposées en mêlant les dimensions les unes aux autres. C'est, lors des calculs des score, que les questions « réintègrent » leur dimension respective.

Une nouvelle étude permettrait de sélectionner plus de sujets pour augmenter la puissance de l'étude.

Dans l'optique d'une utilisation clinique, une prochaine étude incluant des sujets sains permettra d'« étalonner » l'échelle pour définir les scores en population générale et ensuite pouvoir comparer avec une population de patient.

Cette prochaine étude permettrait également d'inclure des patients et ainsi vérifier la validité de construit dans une population clinique.

CONCLUSION

L'estime de soi a une importance notable dans les processus psychopathologiques tels que la dépression et la dépendance.

Dans cette étude, a été réalisée la construction et la validation d'une échelle d'estime de soi : l'IRES.

Elles a été élaborées à destination de l'équipe mobile de l'EPSM Lille Métropole, afin de pouvoir être utilisée chez des patients en souffrance psychique en inventoriant les dimensions déficitaires de l'estime de soi et pouvoir intervenir dans celles-ci.

Elles avaient été construites avec 4 dimensions à priori définies.

Les analyses statistiques n'ont pas confirmé la validation de ces 4 dimensions. Cependant, les statistiques ont mis en évidence 3 dimensions.

Les questions appartenant à ces dimensions ont pu être groupées, et ainsi les dimensions nouvellement apparues ont pu être nommées : « rapport au corps », « expression des besoins et des émotions » et « affirmation de soi ».

Ce qui été mis en exergue dans l'étude l'étude était que le coeur de l'estime soi était ce que André et Lelord appellent l' « amour de soi ».

Dans le futur, il semblerait intéressant de vérifier la validité de l'IRES avec les nouvelles dimensions avec un échantillon plu important de sujets et avec une population clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] James, W. Précis de psychologie, 1909
- [2] Mead G.H. L'esprit, le soi et la société, 1934
- [3] André, C. et Lelord, F. L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres, 1998
- [4] Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image, 1965
- [5] Rosenberg, M. et al Global self-esteem and specific self-esteem : different concepts, different outcomes, American Sociological Review, Vol.60, N°.1 (Feb.,1995,pp. 141-156)
- [6] Coopersmith, S. The antecedents of Self-esteem, 1967
- [7] Famose, J.P. et Bertsch,J. L'estime de soi, une controverse éducative, 2009
- [8] Martinot, D. Connaissance de soi et estime de soi : ingrédients pour la réussite scolaire, Revue des sciences de l'éducation, Vol. 27, n°3, 2001
- [9] Versaevel, C. La dépendance affective et la psychiatrie : une mésentente, L'encéphale (2011) 37, 25-32, doi : 10.1016/j.encep.2010.04.005
- [10] Bornstein RF. The Dependent Personality. New York: The Guilford Press; 1993.
- [11] Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN. Dependent personality disorder and attachment problems. J Personal Disord 1990;4(2):131—40.
- [12] Abramson L-Y, Seligman M-E-P, Teasdale J. Learned helpness in humans : critique et reformulation. J Abnorm Psychol 1978;87:49-74
- [13] Versaevel, C. Liens entre la dépression et la dépendance interpersonnelle : l'importance du locus de contrôle, L'Encéphale 43 (2017) 217–222
- [14] Birtchnell J. Deahl M. Falkowski J. Further exploration of the relationship between depression and dependence. J Affect Disord 1991 ; 22:211-33
- [15] Versaevel, C. Liens entre personnalité dépendante, épisode dépressif majeur et tentative(s) de suicide. Dans une population de 108 suicidants, étude des liens entre

personnalité dépendante, dépression et différentes variables, Annales médico-psychologiques (n°4 vol 171), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.014>

[16] Bariaud, F. Le self-perception profile adolescent (SPPA) de S.Harter, un questionnaire multidimensionnel d'évaluation de soi, L'orientation scolaire et professionnelle, Vol. 35 n°2, 2006

[17] Soucy Chartier I, Provencher MD. Behavioural activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affect Disord* 2013;145(3):292–9.

[18] Dondé, C. L'activation comportementale : un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression, *L'Encéphale* 44 (2018) 59–66

[19] Lecubier, Y. Mini International Neuropsychiatric Interview, French Version, DSM-IV, août 1998

[20] Sherer, M. The Self-Efficacy Scale : Construction and Validation, *Psychological Reports*, October 1982, DOI : 10.2466/pr0.1982.51.2.663

[21] André, C. Imparfais, libres et heureux, *Pratiques de l'estime de soi*, Editions Odile Jacob 2006

[22] Vallières, E. et Vallerand, R. Traduction et validation Canadienne Française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg *International Journal of Psychology* 25 (1990) 305-316

[23] Laveault, D. Soixante ans de bons et mauvais usages du alpha de Cronbach, *Erudit/Revue/Mesure et évaluation/ Vol.35, n°2, 2012, p1-127*

[24] *Analysis of Questionnaire Data with R* Bruno Falissard Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, FL, 2012. ISBN 978-1-4398-1766-7. 269 pp. USD 89.95 (H).
<http://bruno.falissard.pagesperso-orange.fr/AQR/>

ANNEXE 1

Merci de remplir ce questionnaire de façon anonyme.

Cela va aider à obtenir les valeurs moyennes en population générale. De cette façon, il sera possible de mieux identifier les personnes qui manquent objectivement de ressources.

-Âge : ... ans

-Sexe : homme ou femme

-Niveau d'études : bac : oui/ non. Si niveau bac, combien d'années d'étude après ? : bac + an.

-Mode de vie : seul seul avec enfant(s) en couple sans enfant(s) en couple avec enfant(s) en institution autres

-Activité : travail en recherche d'emploi en scolarité sans activité (au foyer ou retraités) autres

-Durant les deux dernières semaines : je me suis senti(e) triste, cafardeux(se), en ayant le sentiment de n'avoir plus le goût à rien : Oui Non

A chaque question, je coche la case qui décrit le mieux mon fonctionnement actuel (durant le mois écoulé) :

-Rapport au corps.

1-Je prends soin de mon apparence physique (hygiène, coiffure, vêtements...) :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2-Je prends soin de ma santé (me soigner, sommeil, alimentation...) :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3-Je suis satisfait de ma sexualité :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-Rapport aux autres.

4-Je me préserve en disant "stop" ou "non" quand on m'en demande trop :

-à mon (ma) conjoint(e) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à ma famille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à mes amis ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à mon travail ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5-Je demande de l'aide et du soutien quand j'en ai besoin :

-à mon (ma) conjoint(e) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à ma famille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à mes amis ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à mon travail ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6-Je dis facilement ce que je pense et ce que je ressens :

-à mon (ma) conjoint(e) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à ma famille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à mes amis ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-à mon travail ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7-Je suis en relation avec les autres sans les surveiller ni les étouffer :

-avec mon (ma) conjoint(e) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-avec ma famille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-avec mes amis ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-avec mes relations de travail ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8-Je me sens libre d'être moi-même :

-avec mon (ma) conjoint(e) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-avec ma famille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-avec mes amis ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-avec mes relations de travail ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-Rapport à soi.

9-Je me connais bien :

Non pas du tout Non très peu Assez peu Un peu Oui Oui parfaitement

9.1-Je trouve que je suis quelqu'un de bien, avec mes qualités et mes défauts :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10-Je me sens digne d'être aimé(e) :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11-Je prends le temps de réaliser des activités pour mon bien (loisirs, activités culturelles, sport, esthétique...)?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12-Je m'accepte tel (le) que je suis :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-Efficacité.

13-Quand j'ai un projet, j'arrive à le réaliser :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14-Je persévère quand je suis confronté(e) à une difficulté :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15-Je fais face aux personnes ou aux situations qui me font peur :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16-C'est moi qui fais le premier pas dans les relations amicales :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17-C'est moi qui fais le premier pas dans les relations affectives :

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

-Estime de soi.

Consignes : Indiquez la réponse qui vous semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon votre accord avec l'énoncé : fortement en accord, en accord, en désaccord, ou fortement en désaccord ?

18. Dans l'ensemble, je suis satisfait (e) de moi.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

19. Parfois je pense que je ne vauds rien.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

20. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

21. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

22. Je sens qu'il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier(e).

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

23. Parfois, je me sens réellement inutile.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

24. Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

25. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

26. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

27. J'ai une opinion positive de moi-même.

Fortement en accord En accord En désaccord Fortement en désaccord

Annexe 2

ECHELLE D'ÉVALUATION DU SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE

(Auteurs : SHERER et Coll. Traduction et adaptation : O. CHAMBON)

NOM :

PRENOM :

DATE :

Ce questionnaire consiste en une série d'affirmations que vous devez lire; puis, vous devez décider à quel point ces affirmations correspondent à l'image que vous vous faites de vous-même. Vous allez probablement être d'accord avec certaines affirmations et pas d'accord avec certaines autres affirmations. S'il vous plaît, veuillez indiquer vos propres sentiments à propos de chaque affirmation ci-dessous en entourant le degré d'accord qui décrit le mieux vos sentiments. S'il vous plaît, soyez attentif à vous décrire vous-même tel que vous êtes réellement et non pas tel que vous aimeriez être.

1 - Quand je fais des projets, je suis certain de pouvoir les mettre à exécution.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

2 - Un de mes problèmes est que je ne peux pas me mettre au travail lorsqu'il faudrait.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

3 - Si je n'arrive pas à faire quelque chose du premier coup, je continue d'essayer jusqu'à ce que j'y arrive.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

4 - Il m'est difficile de me faire de nouveaux amis.

Réhabilitation : <http://www.espace-soecrite.com/>
Page 1

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

5 - Quand j'établis des objectifs qui sont importants pour moi, il est rare que je les atteigne.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

6 - J'abandonne les choses avant de les avoir terminées.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

7 - Si j'aperçois quelqu'un que j'aimerais rencontrer, je vais vers cette personne plutôt que d'attendre qu'elle vienne vers moi.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

8 - J'évite de faire face aux difficultés.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

9 - Si quelque chose a l'air trop compliqué, je ne prends même pas la peine d'essayer.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

10 - Si je rencontre quelqu'un d'intéressant, mais avec qui il est très difficile de lier amitié, je vais vite arrêter tout effort de lier amitié avec cette personne.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

11 - Quand j'ai quelque chose de désagréable à faire, je m'y colle jusqu'à ce que je l'ai complètement terminé.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

12 - Quand je décide de faire quelque chose, je m'y consacre immédiatement.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

13 - Quand j'essaie d'apprendre quelque chose de nouveau, j'abandonne très vite si je n'y arrive pas tout de suite.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

14 - Quand j'essaie de devenir ami avec quelqu'un, mais qu'au départ cette personne ne semble pas intéressée par moi, j'abandonne très facilement.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

15 - Quand des problèmes inattendus surviennent, j'arrive bien à y faire face.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

16 - Je n'arrive pas à me comporter comme je le voudrais lors de réunions sociales (fêtes, repas, apéritifs etc.).

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

17 - J'ai confiance en moi.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

18 - Mes amis actuels, je les ai parce que c'est moi qui au départ ait fait l'effort de lier amitié.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

19 - J'abandonne facilement.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

20 - Il me semble que je suis capable de faire face à la plupart des problèmes qui surviennent dans ma vie.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

21 - Mes amis actuels, je les ai parce que j'ai des capacités à lier des amitiés.

Absolument pas d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'accord, ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

ANNEXE 3

L'estime de soi, c'est me montrer capable de:

1. Dire ce que je pense.
2. Faire ce que je veux.
3. Insister quand je me heurte à une difficulté.
4. Oser dire « NON » ou « STOP ».
5. Me donner le droit de changer d'avis ou de renoncer.
6. Faire de mon mieux pour réussir ce que je veux réussir, mais sans me mettre la pression.
7. Tirer les leçons de mes erreurs et sentir que je progresse.
8. Ne pas avoir peur de l'avenir.
9. Ne pas me faire avoir par la pub ou les modes, qui veulent me faire croire qu'on n'est quelqu'un de bien que si on porte telle marque, ou si on pense de telle façon.
10. Faire preuve d'humour sur moi-même.
11. Savoir que je peux survivre à mes échecs et mes malheurs.
12. Me donner le droit d'être heureux(se).
13. Ne pas me rabaisser ni me faire du mal lorsque je ne suis pas content(e) de moi.
14. Me mettre en maillot de bain même si mon corps n'est pas parfait.
15. Trouver que je suis quelqu'un de bien, avec ses qualités et ses défauts.
16. M'accepter tel(le) que je suis aujourd'hui, sans pour autant renoncer à changer demain.
17. Supporter de ne plus être aimé(e), même si ça me rend malheureux(se) sur le moment.
18. Aimer les autres sans les surveiller ou les étouffer.
19. Suivre mon chemin, même si j'y suis seul(e).
20. Me sentir digne d'être aimé(e).
21. Dire « J'ai peur » ou « Je suis malheureux(se) » sans me sentir rabaissé(e).
22. Me donner le droit de décevoir, de ne pas savoir, ou de rater.
23. Demander de l'aide sans me sentir pour autant inférieur(e).
24. Ne pas me sentir envieux(se) de la réussite ou du bonheur des autres.
25. Me sentir en règle avec les blessures de mon passé.
26. Arriver à penser à autre chose qu'à moi.

**Tiré de : Imparfaits, libres et heureux, pratiques de l'estime de soi.
André,C. Éditions Odile Jacob, 2006**

AUTEUR : Nom : TRAN

Prénom :Mickaël

Date de Soutenance : 3 juin 2019

Titre de la Thèse : Construction et validation d'une échelle d'estime de soi multidimensionnelle : l'IRES (*Inventaire des Ressources de l'Estime de Soi*)

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : Estime de soi, échelle multidimensionnelle.

Résumé :

Contexte : L'estime de soi est un sujet très exploré dans la littérature. Sa définition est difficile et non consensuelle. Il existe des échelles d'estime de soi unidimensionnelles ou multidimensionnelles. Il y a un intérêt majeur à explorer et mesurer l'estime de soi, en effet sur le plan psychopathologique, il a été montré qu'il existe un lien entre une estime de soi fragile, la dépression et les traits de personnalité dépendante. Notre étude avait pour objectif de valider une échelle d'estime de soi multidimensionnelle : l'IRES, dans l'optique d'une utilisation en pratique clinique.

Méthode : L'IRES a été construite à partir d'autres sources. Elle comprenait 17 questions réparties dans 4 dimensions définies à priori : « rapport aux corps », « rapport aux autres », « rapport à soi », « efficacité ». L'échelle de référence utilisée pour valider les qualités psychométriques était la self-esteem scale de Rosenberg. Les questionnaires ont été distribués sous format papier et numérique. La population étudiée était composée de soignants et de leur proche. L'analyse en composantes principales, l'analyse factorielle, les corrélations de Pearson's et de Fisher ont été utilisées pour valider le construit de l'IRES et évaluer ses qualités psychométriques.

Résultats : Les analyses n'ont pas validé les dimensions définies à priori. L'IRES a été analysée et l'analyse en composantes principales a mis en lumière 3 dimensions. L'analyse factorielle a permis de regrouper les questions avec leur dimension respective. On obtenait des dimensions identifiées comme : « rapport à soi », « expression des besoins et des émotions » et « affirmation de soi ». Les analyses ont montrées des corrélations de Pearson's positive entre l'IRES et l'échelle de Rosenberg (coefficient=0,5738351 , $p < 2,2e-16$), entre la dimension « rapport à soi » et l'échelle de Rosenberg (Pearson's=0.6262868, $p < 2,2e-16$), entre la dimension « expression des besoins et des émotions » et l'échelle de Rosenberg (Pearson's=.3346992, $p = 2,218e-06$) et entre la dimension « affirmation de soi » et l'échelle de Rosenberg (Pearson's=0.2395433, $p = 0.0007682$) montrant des qualités psychométriques satisfaisantes.

Conclusion : L'étude a permis de mettre en exergue d'autres dimensions que celles définies à priori. Sur un plan statistique, l'IRES a montré de bonnes qualités psychométriques. A l'avenir, il serait intéressant de valider l'IRES avec les dimensions nouvellement découvertes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Cottencin, Monsieur le Professeur Jardri, Monsieur le Docteur Amad

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Versaevel