L'impact de la pratique physique sur le bien-être d'individus en situation de vulnérabilité : l'évolution du niveau de satisfaction de vie et du niveau d'estime de soi chez le public bénéficiaire du DIPS

Chloé Roy

▶ **To cite this version:**

Chloé Roy. L'impact de la pratique physique sur le bien-être d'individus en situation de vulnérabilité : l'évolution du niveau de satisfaction de vie et du niveau d'estime de soi chez le public bénéficiaire du DIPS. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01895511

HAL Id: dumas-01895511

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01895511

Submitted on 15 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Laboratoire de Recherche EA 4636
Violences, Innovations, Politiques, Socialisations & Sports

UNIVERSITÉ RENNES 2

L'impact de la pratique physique sur le bien-être d'individus en situation de vulnérabilité : L'évolution du niveau de satisfaction de vie et du niveau d'estime de soi chez le public bénéficiaire du DIPS.

PRESENTE PAR
Chloé Roy

pour obtenir le diplôme de
MASTER STAPS –
DEVELOPPEMENT INTEGRATION SPORT ET CULTURE
de l'Université de Rennes 2

Mémoire de recherche

Sous la direction scientifique de :

M. David Le Foll

Maitre de conférences à l'Université de Rennes 2

Année universitaire 2017/2018

Laboratoire de Recherche EA 4636
Violences, Innovations, Politiques, Socialisations & Sports

UNIVERSITÉ RENNES 2

L'impact de la pratique physique sur le bien-être d'individus en situation de vulnérabilité : L'évolution du niveau de satisfaction de vie et du niveau d'estime de soi chez le public bénéficiaire du DIPS.

PRESENTE PAR
Chloé Roy

pour obtenir le diplôme de
MASTER STAPS –
DEVELOPPEMENT INTEGRATION SPORT ET CULTURE
de l'Université de Rennes 2

Mémoire de recherche

Sous la direction scientifique de :

M. David Le Foll

Maitre de conférences à l'Université de Rennes 2

Année universitaire 2017/2018

Remerciements

Les remerciements que je souhaite faire sont particuliers puisqu'ils marquent la fin de mes 5 années universitaires dans la filière STAPS.

Merci à mes parents et mon frère, qui m'ont fait part de leur fierté à chaque réussite mais aussi fait part de leur soutien inconditionnel lors des moments plus difficiles. Merci de toujours croire en moi et de me permettre de rester fidèle à moi-même quoi que j'entreprenne.

Merci à ma tante, Sophie, pour le temps qu'elle a consacré à la relecture de ce travail et qui porte toujours un regard attentif et bienveillant sur ce que je fais.

Merci à mon tuteur de mémoire, David Le Foll, qui malgré la distance m'a toujours soutenue, aidé, orienté et surtout encouragé tout au long de cette année universitaire.

Merci à mes amis, et tout particulièrement à Lune avec qui j'ai partagé ces deux années de master et qui a été d'un grand soutien à chaque instant.

Je tiens également à remercier les bénéficiaires du DIPS qui ont participé à cette étude, sans qui je n'aurais pas pu rendre un travail efficient. Merci pour la confiance qu'ils m'ont accordée car j'ai bien conscience que donner son ressenti sur son bien-être n'est pas chose facile. Merci également aux délégués départementaux de l'UFOLEP 37 et 45 de m'avoir permis sans hésitation d'accéder au DIPS pour nourrir ma recherche. Et surtout merci aux éducateurs de l'UFOLEP qui m'ont toujours très bien accueillie lors de leur séance et qui ont porté un regard bienveillant sur mon travail.

Sommaire

Remerciements 4
INTRODUCTION 2
PARTIE 1 : LE CADRE THEORIQUE 7
CHAPITRE 1 : La vulnérabilité 7
CHAPITRE 2 : Qualité de vie : l'influence de concepts psychologiques 23
1. Le bien-être 24
2. L'Estime de Soi 47
CHAPITRE 3 : La pratique physique : un outil au service du bien-être ? 67
CONCLUSION CADRE THEORIQUE 73
PARTIE 2 : METHODOLOGIE 75
1. Participants 75
2. Les instruments de mesure 75
3. Protocole expérimentale 78
PARTIE 3 : RESULTATS 80
DISCUSSION 86
CONCLUSION 96
BIBLIOGRAPHIE 98
ANNEXES 1
Abstact .....

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le bien-être est « *une composante de la capacité d'un individu à mener une vie épanouissante, à nouer des relations, à étudier, à travailler, à prendre des décisions et faire des choix dans sa vie quotidienne* » (2012, p.2). L'OMS établit également un lien entre bien-être psychologique et santé mentale : « *ils dépendent non seulement des ressources psychiques d'une personne mais aussi du contexte social dans lequel elle se trouve et de l'environnement dans lequel elle évolue. Ces déterminants s'influencent mutuellement de façon dynamique et peuvent tout autant menacer ou protéger l'état de santé mentale de la personne.* ». (2012, p. 2). Ainsi, la société dans laquelle nous évoluons et les individus qui la composent peuvent générer des perturbations dans le bien-être mental d'un individu. Ces perturbations peuvent être préjudiciables et conduire l'individu à des situations de vulnérabilité. D'autre part, les parcours de vie peuvent également être nocifs pour un individu. En effet, l'apparition de troubles mentaux, un accident, la perte d'un être cher, la perte d'un emploi, sont également des facteurs de vulnérabilité qui peuvent engendrer une baisse du bien-être psychologique.

Dans un contexte où notre société, industrialisée et de plus en plus compétitive, contraint les individus à s'adapter et s'ajuster constamment, l'exclusion est un phénomène de plus en plus fréquent. Cette exclusion apparaît dès lors qu'un individu, quelle que soit sa situation sociale, se retrouve en marge de la société et qu'il n'est plus en capacité de s'y adapter.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous sommes tous sujets à différents types de vulnérabilité. Or certaines personnes s'adaptent mieux à leur environnement et sont donc moins vulnérables. Mais quels sont les facteurs psychologiques qui permettent de pallier des situations de vulnérabilités ?

Aujourd'hui, le corps semble être un support majeur de l'identité. Etre « bien dans son corps, et dans sa tête » est synonyme d'harmonie, de bonne santé mentale et physique. D'ailleurs l'OMS (2006) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en*

une absence de maladie ou d'infirmité[1] ». Ryff et Keyes (1995) considèrent que le bien-être est avant tout constitué par une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie. Avoir une bonne estime de soi semble nécessaire pour survivre dans une société de plus en plus compétitive et donc de plus en plus stressante (André, 2005). La Californie par exemple, a souligné que « *le manque d'estime de soi joue un rôle central dans les difficultés individuelles et sociales qui affectent notre état et notre nation* » (California task force to promote self-esteem and social responsability, 1990). Le manque d'estime de soi engendrerait donc d'une part des difficultés individuelles freinant le développement personnel de l'individu et d'autre part, des difficultés sociales altérant sa capacité à s'intégrer au sein d'un groupe, d'une société. Ces deux difficultés sont soulignées comme étant les causes d'un état affecté.

D'autre part, étant contraint à la « *normativité changeante* » (Soulet, 2006), l'individu doit constamment s'adapter aux changements sociétaux qui peuvent générer du stress, de l'angoisse, de la fatigue, de la confusion, diverses émotions, etc. Or pour Netz et coll. (2005) ces différents facteurs sont des composantes du bien-être émotionnel qui, lui-même, contribue à l'état de bien-être général. Cet état pourrait donc être affecté et engendrer une évaluation plus négative de sa propre vie.

Bien qu'à l'heure actuelle de nombreuses actions de soutien social, notamment au travers d'activités physiques, soient mises en place, le statut occupationnel de ces actions est parfois trop omniprésent. Des dispositifs comme le Dispositif d'Inclusion Par le Sport (DIPS) porté par les UFOLEP de la région Centre, Bien dans son Corps, Bien dans sa Tête (BCBT) porté par Breizh Insertion Sport, Dynamique Insertion Sport (DIS) porté par le Centre Lorrain d'Education par le Sport, l'Espace Dynamique d'Insertion (EDI) porté par le centre d'Action Prévention Sport issu de la Fédération Française Sports pour Tous, apparaissent progressivement et ont la volonté de remobiliser et redynamiser les individus en marge de la société, de construire ou reconstruire des liens sociaux mais également de contribuer au bien-être physique et psychologique (renforcer l'estime de soi et

[1] Apparaît dans les principes de la Constitution de l'Organisation Mondial de la Santé, « Documents fondamentaux », supplément à la quarante-cinquième édition. Le texte ci-dessous remplace celui qui figurait aux pages 1 à 18 de la quarante-cinquième édition des Documents fondamentaux, suite à l'entrée en vigueur des amendements adoptés par la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

la confiance en soi, diminuer le niveau d'anxiété, participer à l'amélioration de la qualité de vie).

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes axés sur le Dispositif d'Inclusion Par le Sport mis en place dans la région Centre, et plus particulièrement sur celui d'Indre-et-Loire et celui du Loiret. Ce dispositif existe maintenant depuis plus de 3 ans. Si l'on en croit le contexte institutionnel, c'est notamment grâce à 3 institutions que ce projet a pu émerger. En effet, en janvier 2013, lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions, le gouvernement adopte le Plan Pluriannuel de Lutte contre la Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale (PPLPIS) et énonce la nécessité de favoriser l'accès à la pratique sportive et aux loisirs pour les familles vulnérables mais aussi d'y intégrer et d'accompagner les personnes en situation d'exclusion. En 2013 / 2014, les Directives Nationales d'Orientation (DNO) mettent en avant la priorité de corriger les inégalités d'accès à la pratique sportive, toujours avec pour objectif d'en favoriser l'accès aux publics les plus éloignés (public souvent en situation de vulnérabilité). Enfin, la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) du Centre-Val de Loire, Loiret, avait le souhait que le sport devienne un vecteur de cohésion sociale. C'est de cette volonté institutionnelle qu'est né le Dispositif d'Inclusion Par le Sport. Ce dispositif a pour objectif de proposer des créneaux sportifs réguliers à destination des personnes accueillies dans l'ensemble des établissements sociaux des six départements de la région Centre pour faciliter leur insertion dans la société et l'accès au soin. Ce projet permettrait aux personnes en situation d'exclusion de se mettre ou se remettre en activité (redynamiser), de reprendre confiance en elles et d'améliorer leur niveau d'estime d'elles-mêmes, de créer du lien social, de se construire ou se reconstruire personnellement et retrouver des sensations de bien-être qu'elles soient physiques ou psychologiques, ou encore leur permettre de sortir de leur schéma de vie habituel.

La première expérimentation de ce dispositif a eu lieu sur l'année 2014 / 2015. La DRDJSCS du Centre-Val de Loire, les 6 Directions Départementales de la Cohésion sociale (DDCS) et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) de la région Centre-Val de Loire, le

comité régional UFOLEP et tous ses comités départementaux, le comité départemental d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire (EPGV) d'Eure-et-Loir, et 2 centres équestres du Cher ont travaillé en partenariat pour mener à bien ce projet. Ce partenariat avait pour but de structurer une offre d'activités physiques à destination des personnes accueillies dans les différentes structures sociales (structure d'accueil, d'hébergement et d'insertion) de la région. 31 associations ont participé à cette expérimentation et une trentaine de créneaux sportifs ont été mis en place toutes les semaines dans la région. Une séance type du DIPS c'est une séance d'une durée moyenne de 2 heures (temps d'accueil et d'échanges compris) lors de laquelle sont mises en place des activités de remise en forme, de proprioception, des sports collectifs, des sports innovants ou des sports de nature. Ce sont également des séances à l'extérieur des établissements sociaux pour développer l'autonomie des usagers mais également pour mettre en avant l'accès au droit commun. Ces séances sont toujours accompagnées d'un travailleur social. Le dispositif s'étend sur une période d'environ 9 mois allant de septembre à fin mai.

En juin 2015, un 1er colloque territorial sur l'inclusion par le sport a été organisé afin de dresser un bilan de cette expérimentation et de donner la parole aux acteurs. Il en est ressorti qu'à la différence de certaines initiatives ou de certains dispositifs d'inclusion par le sport dont les objectifs principaux étaient de « socialiser », « d'éduquer », « d'insérer » ou de développer des compétences professionnelles, sans forcément avoir réfléchi sur les vertus du sport qui permettent cela ; le DIPS à davantage pour premier objectif le bien-être des bénéficiaires et leur épanouissement.

Ce constat à suscité notre curiosité. En effet, bien que les activités semblent apporter des bénéfices au niveau de bien-être physique et psychologique, qu'en est-il réellement de l'évolution du niveau d'estime de soi et de la satisfaction de vie des bénéficiaires ? La pratique d'une activité physique et sportive influence-t-elle le niveau d'estime de soi et la satisfaction de vie chez les personnes en situations de vulnérabilité ? Les activités physiques ont-elles un réel impact sur la variation de l'estime de soi et ont-elles une influence quant à la satisfaction que les individus retirent de leur propre vie ? De plus, si nous partons du principe que

les activités physiques ont des effets bénéfiques sur le niveau d'estime de soi et la satisfaction de vie, sont-ils les mêmes en fonction de l'âge des individus, de leur origine culturelle, de leur situation sociale, professionnelle, économique, psychologique ?

Avant tout, il semble opportun de faire un point sur la littérature et les travaux effectués au sujet du bien-être, de la satisfaction de vie, de l'estime de soi et de l'apport des activités physiques sur ces variables. Notre travail s'articulera autour de deux grandes parties : la première théorique et la seconde empirique. En se basant sur un public en situation de vulnérabilité, nous apporterons dans un premier chapitre un éclairage sociologique sur cette notion puis nous mettrons en avant les variables psychologiques qui peuvent amoindrir le risque d'être en situation de vulnérabilité. Puis, dans un deuxième chapitre, nous tenterons de définir le concept de bien-être et d'estime de soi. Enfin, dans un troisième chapitre, nous mobiliserons davantage les études faites au sujet de l'apport des activités physique sur le bien-être. Après avoir exposé le questionnement puis le cadre théorique de ce travail, nous présenterons dans une seconde partie notre cadre méthodologique. Il s'agira d'exposer le protocole expérimental ainsi que les outils utilisés au cours de notre recherche. S'en suivra le traitement et l'analyse des résultats obtenus pour finir sur une partie discussion et réponses aux hypothèses.

PARTIE 1 : LE CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : La vulnérabilité

Bien que notre expérimentation s'insère dans le champ de la psychologie, le concept de vulnérabilité n'a que peu, voire pas été traité dans ce domaine. Or le public que nous étudions peut être caractérisé de public « vulnérable ». Nous avons donc décidé d'apporter un éclairage sociologique sur ce terme afin de mieux comprendre sa conceptualisation pour ensuite se recentrer sur les facteurs de vulnérabilité qui eux peuvent être psychologiques.

Afin de mieux comprendre le profil des bénéficiaires prenant part au DIPS 37 et 45, il nous a semblé important d'apporter un éclairage sur les différentes structures sociales impliquées dans ce dispositif.

- Des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale : un CHRS est un établissement social intervenant dans le domaine de l'accueil, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'exclusion.
- Des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : un CSAPA est une structure ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins auprès de personnes atteintes d'addiction à des substances psychoactives ou de comportements addictifs.
- Des Groupes d'Entraide Mutuelle : le GEM est un espace d'accueil, d'échanges, de rencontres et de convivialité à destination de personnes adultes en situation de handicap psychique.
- Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale : les SAVS ont pour objectif de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées (maintien ou restauration des liens sociaux, familiaux, scolaires et professionnels).
- Des Maisons Relais et pensions de famille : Les Maisons Relais accueillent des personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale, psychologique ou psychiatrique ne permet pas d'intégrer un logement ordinaire. Elles mettent à disposition des logements au sein de pensions de famille pour créer un

environnement sécurisant et multiplier les chances de réinsertion durable dans un vrai logement.

- Des Centres d'Accueil pour Demandeur d'Asile : Le CADA permet aux demandeurs d'asile d'avoir un lieu d'accueil durant la durée de l'étude de leur dossier de demande de statut de réfugié. Le CADA prévoit un hébergement, un suivi administratif, un suivi social et une aide financière alimentaire.
- D'autres associations comme l'Entr'Aide Ouvrière, d'autres établissements médico-sociaux comme le Foyer d'Accueil Médicalisé, des établissements d'accueils de jour, etc.

Les bénéficiaires sont donc des individus en situation d'isolement ou d'exclusion, en situation sociale et psychologique (voire psychiatrique) préoccupante, demandeurs d'asiles, victimes de violence, confrontées à des addictions, ou encore à faible niveau de ressources. Bien que le profil des individus ne soit pas toujours le même, il semble néanmoins que leur situation ou leurs caractéristiques soient des facteurs propices aux situations de vulnérabilité.

1. Etat des lieux

« *Ce contexte sociétal d'incertitude et de report de responsabilité sur les individus produit structurellement un univers de vulnérabilité pour tous dans la mesure où la société n'est plus tant à concevoir comme un univers de contrôle normatif des conduites de ses membres, mais comme un contexte d'épreuves et d'évaluations permanentes auxquelles doivent faire face les individus.* » (Soulet, 2006, p. 49). La vulnérabilité apparaît donc aujourd'hui dans un contexte où la société n'est plus une communauté. Durkheim (1893) montre que c'est cette transition qui explique « *l'effritement social*[2] » : l'apparition d'une société dans laquelle les relations sociales et collectives ont beaucoup changé et ont entraîné la disparition de la communauté. On peut alors se demander en quoi ce passage de la communauté à la société a agi sur les individus et les situations de vulnérabilité ? Dans une société qui place les individus en compétition, le lien social tend à

[2] Pour Durkheim (1893), l'effritement social est la cause de la montée de l'individualisme lors d'une période d'industrialisation et d'urbanisation.

disparaître en laissant place à des comportements individualistes qui exposent les individus à des situations de vulnérabilité.

Il faut savoir que la société n'est pas la seule responsable de ces situations, mais qu'elle est une composante de l'environnement des individus à prendre en compte. Cet environnement influe sur l'individu et place ce dernier dans des situations qui peuvent devenir des situations de vulnérabilité. Quel lien établir entre l'environnement et l'individu qui expliquerait la dérive vers ces situations ? Sticker (2003) précise qu'il faut parler de l'interaction entre l'individu et son environnement. C'est donc de l'interaction entre l'individu et son environnement que naît la situation de vulnérabilité. Nous pouvons donc supposer que la vulnérabilité est à voir comme un processus et non comme un état.

Tout d'abord, nous allons aborder la notion de vulnérabilité sociale de la manière la plus large possible. Soulet (2006) en abordant l'« *inadaptation à la normativité changeante* », soulève la problématique de la rupture d'interaction entre l'individu et son environnement. L'environnement d'un individu se compose des dynamiques « *familiales, conjugales, scolaires, amoureuses, amicales, sexuelles, identitaires, etc.* » (Roy, 2008, p. 26) ainsi que d'équipements (architecture, bâtis, objets) ou encore de la culture.

L'individu agit alors en fonction de son environnement et en fonction de la norme que celui-ci lui impose. « *La vulnérabilité relèverait donc de la difficile mais nécessaire adaptation à la normativité sociale changeante* » (Roy, 2008, p. 26) « *fondamentalement différente de celle des sociétés traditionnelles* » (Roy, 2008, p. 26). Ici, Roy (2008) reprend les propos de Durkheim (1893) qui caractérisait ce processus comme le passage de la communauté à la société. L'individu est donc confronté à la nécessité de vivre dans une société de plus en plus individualiste et qui lui impose de s'adapter à des situations auxquelles il n'est pas forcément préparé. Plus l'individu a de grandes capacités d'adaptation, plus il pourra s'adapter à la « *normativité changeante* » (Soulet, 2006) et moins il sera enclin à des situations de vulnérabilité. C'est la « *perte de repères normatifs* » (Soulet, 2006, p. 8) qui place l'individu dans cette situation de rupture avec l'environnement.

Après analyse des avis divergents émis par les auteurs étudiés, nous pouvons établir le fait que la vulnérabilité n'est pas seulement un « *long processus d'exclusion sociale* » (Perreault, 2008) ou encore une « *notion d'entre deux* » entre l'exclusion et l'intégration (Becquet, 2012, p. 53). Soulet (2006) et Roy (2008) nuancent ces propos en disant que la vulnérabilité ne se limite pas à des personnes en échec d'insertion ou en exclusion sociale. En effet les situations étant différentes les unes des autres, les contextes étant différents les uns des autres, les espaces étant différents les uns des autres, on ne peut pas catégoriser de manière définitive « l'être vulnérable ».

Pour ne pas stigmatiser ces êtres vulnérables, Roy (2008) préfère parler d'une « *diversité de situations voire d'expériences* » car de là découle le fait que chaque être ne serait pas directement inclus ou exclu de la société, mais qu'il peut être à un moment donné de sa vie, en raison des conditions qui l'entourent et de ses choix personnels, en situation de vulnérabilité. Elle dit à ce propos que « *La vulnérabilité qualifierait des postures, des situations, des moyens, des processus communément partagés qui, inscrits dans des trajectoires individuelles spécifiques, donneraient lieu à des configurations différentes, voire opposées.* » (2008, p. 27). Ici elle reprend l'idée que c'est bien l'interaction entre un individu et son propre environnement, à un moment donné de la vie, qui peut projeter n'importe qui dans une situation de vulnérabilité. Ainsi « *La vulnérabilité serait le socle à partir duquel on réfléchit sur l'insertion en l'appréhendant comme une question à géométrie variable dans le temps, l'espace et les différentes composantes de la vie ; elle n'en serait ni la cause ni la conséquence, mais un élément fondamentalement constitutif et qui peut, selon les contextes, les événements ou les périodes historiques, prendre des figures proches ou totalement différentes.* » (Roy, 2008, p. 28).

Chambers (1989) avait auparavant lui aussi tenté de définir ce qu'est la vulnérabilité. Il associait ce terme à la notion de facteurs de risque ou de probabilités d'avènement d'un risque. Schröder-Butterfill & Marianti (2006) rejoignent Chambers sur cette définition. Pour ces auteurs « *la vulnérabilité est un concept probabiliste. Le risque d'une personne de subir un dommage – sa vulnérabilité- est le résultat incrémental d'un ensemble de risques distincts mais*

reliés, c'est-à-dire : le risque d'être exposé à une menace, le risque de matérialisation d'une menace et le risque de manquer de protections nécessaires pour faire face à la menace. » (p.11). Chambers (1989) et Schröder-Butterfill & Marianti (2006) distinguent les menaces, l'exposition à la menace, l'adaptation et le résultat ce qui explique leur vision de la vulnérabilité probabiliste. Il est donc important de tenir compte des expériences de vie de chaque individu. En effet, si l'on reprend pour exemple les travaux de Schröder-Butterfill & Marianti (2006) sur la vulnérabilité qui peut toucher les personnes âgées, à poids égal face à une menace, deux sujets exposés n'y feront pas face de la même manière. Il est donc impossible de distinguer celles qui sont vulnérables de celles qui ne le sont pas simplement en analysant les facteurs d'exposition et les menaces communes. Quand Schröder-Butterfill & Marianti (2006) parlent « *d'exposition à la menace* » cette notion reconnaît le fait que le risque qui découle de cette menace n'est pas perçu de façon identique selon les individus et que l'adaptation face à cette situation dépend des trajectoires de vie de chacun qui les rendent plus ou moins sensibles face à certaines situations et donc plus ou moins capables d'y faire face.

Pour étudier la vulnérabilité il semble donc important d'analyser, d'une part, les facteurs d'exposition (conditions d'apparition et fréquence d'apparition), et d'autre part, d'analyser la façon dont les individus arrivent ou non à mobiliser les ressources nécessaires pour faire face aux menaces qui pourraient les placer dans une situation de vulnérabilité (capacité à mobiliser des ressources sociales, cognitives, matérielles, économiques...).

2. Un concept pluridimensionnelle

Nous pouvons dire à travers les différents courants de pensée vus précédemment que la vulnérabilité sociale doit être définie comme une notion pluridimensionnelle. La vulnérabilité sociale nait de l'interaction de l'individu avec son environnement. Ce dernier induit un changement perpétuel de la norme dans laquelle l'individu doit sans arrêt s'adapter. De plus, en fonction de chaque histoire de vie (précarité, maladie, fragilité psychologique, travail, capacité à faire

face à une menace…), certaines personnes seront plus sensibles face à la vulnérabilité.

Castel (1991) a conceptualisé la vulnérabilité sur la base de deux axes fondamentaux d'intégration. Le premier symbolise le niveau d'insertion sur le marché du travail et les protections qui accompagnent le salaire et le deuxième symbolise l'intégration dans un réseau socio-familiale et communautaire que Martin (2000) qualifie de « *protection rapprochée* ».

Ainsi Castel (1991) détermine 4 sphères de l'existence grâce à ces deux axes :

- La sphère de l'intégration → Où se regroupent des personnes bien intégrées sur le marché du travail et dans un réseau de protection rapprochée.
- La sphère de l'assistance → Où se regroupent des personnes éloignées du marché du travail mais intégrées dans un réseau de protection rapprochée.
- La sphère de la désaffiliation → Où se regroupent des personnes éloignées du marché du travail et isolées.
- La sphère de la vulnérabilité → Où se regroupent des personnes qui combinent une précarité au niveau de l'emploi et une fragilité au niveau des liens sociaux et familiaux.

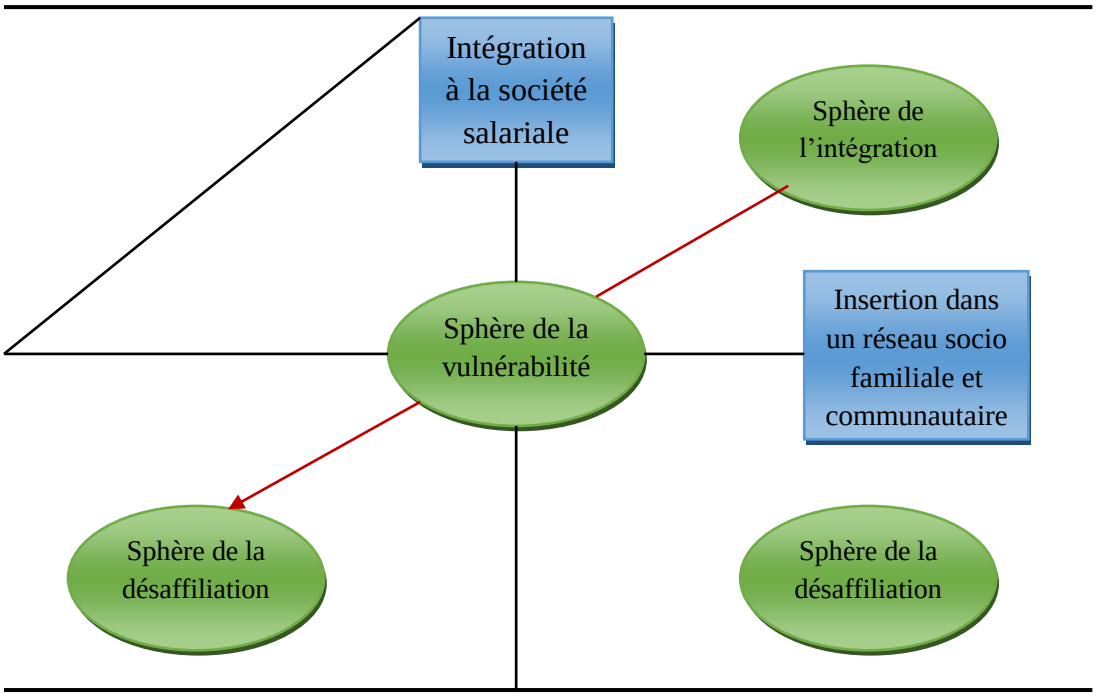


Figure 1 : Conceptualisation de la vulnérabilité selon Castel (1991)

Nous pouvons constater qu'au-delà du capital économique qui reste très important pour ne pas se retrouver en situation de vulnérabilité, le capital social[3] n'est pas non plus négligeable. Martin (1993, 2001) avance donc l'idée qu'il existe une « *vulnérabilité relationnelle* ».

Soulet (2014) a lui aussi dégagé plusieurs caractéristiques de la vulnérabilité. Celle-ci est universelle, d'une part parce que nous sommes tous des êtres vulnérables par nature, et d'autre part parce que chaque individu peut-être potentiellement blessé (Soulet, 2005), c'est-à-dire qu'il y a donc la possibilité, mais non la certitude, qu'un risque se concrétise. La vulnérabilité est relationnelle et contextuelle. C'est-à-dire que comme avait pu le souligner Castel (1991) auparavant, un individu peut être vulnérable suivant un contexte donné mais également selon le soutien social dont il bénéficie. Ce soutien social peut servir de protection pour se préserver de la potentialité d'être blessé car selon le contexte, qu'il soit situationnel ou sociétal, les individus sont exposés à diverses menaces. Ainsi, « *parler de vulnérabilité en soi n'a pas de sens dans la mesure où des individus singuliers sont vulnérables dans certaines conditions et dans celles-ci seulement* » (Soulet, 2014, p. 128).

La vulnérabilité est donc potentielle. En ce sens, Soulet (2014) nous explique que la vulnérabilité « *naît de la possibilité de la concrétisation d'une menace, du risque de réalisation d'un danger, de l'accomplissement d'une lésion* » (p. 129). C'est-à-dire que la vulnérabilité induit le fait que la situation est encore réversible et que celle-ci peut-être contrée, ou du moins, que les effets négatifs qui découlent de la situation peuvent être limités, si la « *capacité d'action* » (Soulet, 2014, p. 129) de l'individu touché est suffisamment robuste pour passer outre cette situation de vulnérabilité. La capacité de résilience[4], peut également permettre à un individu de ne pas se retrouver en situation de vulnérabilité.

Soulet (2014) avance également que la vulnérabilité est une notion dialectique et non dichotomique. Pour cet auteur il est impossible d'opposer la

[3] Selon Bourdieu (1980), le capital social est « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ; ou en d'autres termes, à l'appartenance à un groupe. »

[4] La capacité de résilience est la capacité d'un individu à s'adapter à un environnement changeant, à revenir d'un stress post-traumatiques ou encore à surmonter ses blessures.

vulnérabilité à l'invulnérabilité car comme nous l'avons expliqué précédemment, tout individu peut être exposé à la vulnérabilité mais est inégal face à celle-ci, car cela dépend des relations humaines qu'entretient l'individu, mais également du contexte de la situation.

Enfin, la vulnérabilité a une dimension structurelle (Soulet, 2014). Selon cet auteur, il existe un lien non négligeable entre la vulnérabilité et la protection. C'est-à-dire que moins un individu est protégé, plus il sera exposé à un danger. « *Les protections ne sont jamais une affaire strictement individuelle, particulièrement dans les social-démocraties qui ont fait de celles-ci une des caractéristiques majeures de leur système sociopolitique.* » (Soulet, 2014, p. 129). En ce sens, dire qu'un individu ou qu'un groupe est plus vulnérable c'est déjà insinuer qu'ils sont exposés de façon plus importante à un risque particulier, ou mettre en avant une défaillance du dispositif protectionnel de notre système. Nous pouvons d'ailleurs illustrer cette dimension structurelle de la vulnérabilité via la littérature nord-américaine, selon laquelle « *les vulnérables sont des personnes dont les ressources économiques sont insuffisantes* » (Martin, 2013, p. 295), des personnes en situation de précarité qui sont souvent mal rémunérées et/ou mal logées et qui par conséquent n'accèdent pas aux différentes sources de protection et de droits (droits sociaux[5] par exemple) (Saunders, 2003). Ces individus-là sont donc contraints à un déficit de ressources, ce qui les positionne relativement bas sur l'échelle de protection et donc les rend plus sujets à des situations de vulnérabilité.

La vulnérabilité étant à la fois une notion contextuelle et structurelle il semblerait intéressant d'agir sur l'environnement des individus pour diminuer les situations de vulnérabilité auxquelles ils sont soumis. Brodiez-Dolino (2016) pense qu'outre l'accompagnement individuel des individus il faudrait adjoindre à celui-ci « *des politiques plus macro telles que celles de l'emploi, de la formation et de l'insertion, de la ville, de la lutte contre les discriminations, d'éducation et pour l'égalité des chances.* » (p. 7).

[5] Dans le milieu professionnel, les droits sociaux désignent les prestations à la charge de l'employeur ou de la collectivité en lien avec le contrat de travail ou les dispositifs d'assurance de la Sécurité Sociale.

Au-delà de ces essais de conceptualisation de la vulnérabilité et le caractère universel qui émane de celle-ci, puisque nous sommes tous des êtres vulnérables, il est toutefois important de dégager les grandes catégories de personnes plus sujettes aux situations de vulnérabilité pour que l'action sociale et les politiques publiques qui l'accompagnent améliorent l'autonomie de ces personnes en situation de vulnérabilité.

Selon Soulet (2014) c'est l'enfant qui est le premier public vulnérable, car ce dernier n'est pas encore muni de toutes ses défenses, et est soumis à de multiples formes d'autorités (parents, adultes, école…). Pour pallier ce manque de défense, notre société a mis en place des politiques publiques pour la protection de l'enfance[6], même si celles-ci sont parfois insuffisantes compte tenu de l'importance des premières années de vie d'un enfant dans sa construction et son développement futur.

Vient ensuite l'adolescent, qui lui aussi est vulnérable de par la transition de son statut d'enfant à son statut d'adulte. C'est une période de remise en question. Toutes les incertitudes auxquelles l'adolescent est confronté l'entrainent loin du monde de l'enfance et vers un avenir de plus en plus incertain. Marty (2010) explique que « *la violence de l'effraction pubertaire constitue une attaque interne que fragilise le sujet face à une perte de repère de l'enfance* » (p. 48). Face aux bouleversements de l'adolescence on perd ses repères de l'enfance et c'est en cela que nous devenons vulnérables. Nous savons quand l'adolescence commence (à la puberté) mais nous ne savons pas quand elle s'arrête. A ce moment-là, le jeune va chercher à se différencier des autres, à trouver sa place avec son nouveau corps. Il peut chercher avec plus ou moins de force à se séparer, à prendre de la distance avec l'autorité de façon générale.

L'apparence est également primordiale dans la construction de l'identité d'autant plus que le corps change. Les transformations corporelles nécessitent pour le jeune de se reconstruire sur un plan identitaire au regard de ce corps changeant (Ortigues, 1986). Ce corps est source de stigmatisation et donc source de vulnérabilité.

[6] Les protections mises en place à destination de la petite enfance peuvent-être génériques, comme les Droits de l'enfant, ou plus spécifiques et plus ciblées, comme les enfants en situation de grande vulnérabilité : la maltraitance, la migration, l'orphelinat.

Dolto et coll. (1989) parlent de « *carapace de homards* » (p. 15), ce qui souligne l'importance du corps comme moyen de défense, mais également qui souligne le passage de la carapace d'enfant à celle d'adulte d'où l'émergence des formes d'agressivité et/ou de repli sur soi qui apparaissent dans une période exploratoire de la vie souvent exposée, de façon délibérée, à différents risques.

Les personnes en situation de pauvreté-précarité font également partie des individus les plus sujets à la vulnérabilité car comme nous l'évoquions précédemment avec Saunders (2003) et Martin (2013) la précarité entraine d'autres difficultés que le manque d'argent comme l'insécurité concernant le présent mais aussi l'avenir, les difficultés d'accès au logement, aux soins, à l'éducation, etc. La pauvreté en économie du développement est donc associée à la vulnérabilité (Thomas, 2010).

Il en est de même pour les personnes en situation de handicap, souffrant d'une maladie, ou encore pour les personnes âgées. La solitude, les difficultés d'accès à certains lieux, la souffrance physique et mentale font souvent partis du quotidien de ces personnes et les mettent bien souvent en situation de vulnérabilité. De plus, parmi ces facteurs certains peuvent en entrainer d'autres. Par exemple, notre environnement n'est pas toujours adapté aux individus qui se déplacent en fauteuil roulant, ces derniers vont être contraints à limiter leurs déplacements, et par conséquent à limiter les rencontres ce qui peut, au fil du temps, les pousser lentement vers l'isolement et la solitude. Dans le cas de la dépendance, la vulnérabilité peut-être réversible à l'inverse des situations de handicap ou de la vieillesse, même si pour autant la dépendance entraine le besoin de se faire aider et donc le non-accès à l'autonomie (Brodiez-Dolino, 2016). Tant que la dépendance existe, l'individu qui en souffre se retrouve souvent face à des situations de vulnérabilité.

Malgré son universalité, le terme de vulnérabilité peut vite basculer dans la stigmatisation puisqu'il caractérise des groupes sociaux. Comme a pu le relever Thomas (2010), la catégorisation des personnes vulnérables est « *établie à partir d'individus réels et souvent encore vivants dont on fait des cas illustratifs ou*

démonstratifs d'une pathologie sociale » (p. 34). Or cette catégorisation met en avant « *ces traits pitoyables* » (Thomas, 2010).

Tâchons de ne pas oublier que nous sommes tous vulnérables. La vulnérabilité est constitutive de l'homme car l'être humain a besoin des autres psychologiquement. Nous sommes tous interdépendants les uns des autres et c'est ce qui nous rend vulnérables. Même si en prenant de l'âge l'être humain acquiert une certaine autonomie et qu'il est de moins en moins dépendant des autres, il n'en reste pas moins un être social par nature (Wallon, 1946) et peut donc être à tout moment de sa vie confronté à la vulnérabilité. Néanmoins nous avons pu constater qu'à cette vulnérabilité constitutive de l'homme s'ajoute des vulnérabilités particulières telles que le handicap, le décès, la dépendance, ou encore la précarité. De plus, les vulnérabilités ne se valent pas. Tous les traumatismes ou les accidents de la vie n'ont pas les mêmes conséquences sur les individus. La prise en charge des individus par notre société n'est également pas la même pour tous. Moins un individu est protégé par la société, plus il aura une « *capacité d'action* » faible (Soulet, 2006, 2014), et/ou une faible capacité de résilience, et plus il sera sujet à la vulnérabilité.

« *Nous sommes inégalement positionnés dans ce contexte social d'incertitude, pas seulement en conséquence de nos choix, mais avant tout parce que nous sommes inégalement protégés* » (Soulet, 2006, p. 14).

3. Vulnérabilité et bien-être, deux conceptions étroitement liées

Lorsque nous associons le terme « bien-être » à la vulnérabilité, nous parlons plus précisément du bien-être mental, appelé aussi bien-être psychologique. Ce dernier dépend non seulement des ressources psychiques d'un individu et de son comportement mais aussi du contexte social et économique dans lequel il se trouve et de l'environnement dans lequel il évolue. Ces déterminants s'influencent mutuellement et peuvent à la fois protéger le bien-être psychologique de l'individu ou se présenter comme une menace (OMS, 2012).

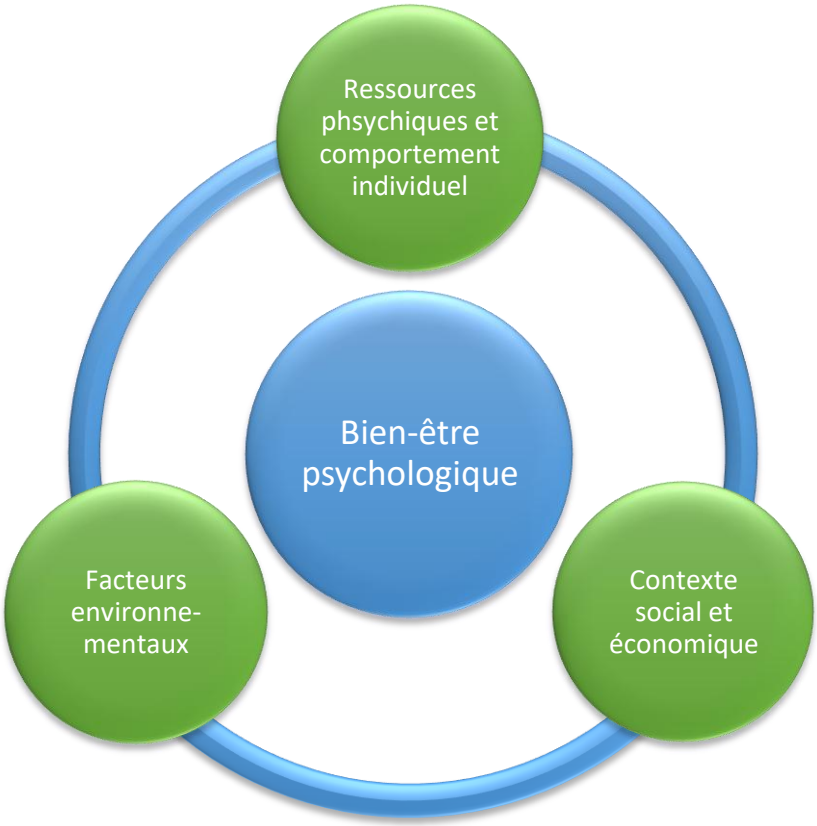


Figure 2 : Facteurs favorables au bien-être psychologique selon l'OMS (2012)

Au travers du précédent schéma, nous avons pu constater que les facteurs qui influencent positivement le bien-être psychologique sont également les facteurs que nous avons mis en lumière précédemment s'agissant de la vulnérabilité. En effet, ces facteurs sont donc à la fois susceptibles de créer des situations de vulnérabilité chez un individu mais également susceptibles de le protéger et d'améliorer son bien-être psychologique. Des menaces ou des perturbations dans le bien-être psychologique d'un individu peuvent être préjudiciables à ses capacités et à ses choix (OMS, 2012). Elles peuvent placer l'individu en situation de vulnérabilité, si sa qualité de vie baisse, que ce soit en société ou dans son propre foyer.

Pour mieux comprendre la corrélation entre les facteurs influençant le bien-être psychologique et les facteurs qui suscitent l'apparition de situation de vulnérabilité, nous avons repris un tableau de l'OMS (2012) qui regroupe d'un côté les facteurs préjudiciables au bien-être qui sont donc des facteurs de vulnérabilité et de l'autre côté les facteurs favorables au bien-être.

Niveau	*Facteurs préjudiciables*		*Facteurs favorables*
Ressources psychiques individuelles	Peu d'estime de soi	↔	Estime de soi, confiance
	Immaturité cognitive et/ou émotionnelle	↔	Aptitude à résoudre les problèmes et à surmonter le stress ou l'adversité
	Difficultés à communiquer	↔	Qualités de communication
	Maladie, consommation de substances	↔	Bonne santé/forme physique
Contexte social	Solitude, deuil	↔	Soutien social de la famille et des amis
	Négligence, conflit familial	↔	Bonne interaction parents/famille
	Maltraitance/violence	↔	Sécurité physique et sûreté
	Faible revenu et pauvreté	↔	Sécurité économique
	Difficultés ou échec scolaire	↔	Réussite scolaire
	Tension au travail, chômage	↔	Satisfaction et réussite professionnelle
Facteurs environnementaux	Accès difficile aux services de base	↔	Égalité dans l'accès aux services de base
	Injustice et discrimination	↔	Justice sociale, tolérance, intégration
	Inégalités sociales entre les sexes	↔	Égalité sociale entre les sexes
	Situation de guerre ou de catastrophe	↔	Sécurité physique et sûreté

Tableau 1 : Les déterminants du bien-être psychologique selon l'OMS (2010)

Les risques ou menaces pour le bien-être psychologique se manifestent tout au long de la vie d'un individu. Comme nous avons pu le constater précédemment, nous ne sommes pas tous exposés aux risques et donc à la vulnérabilité de la même façon. Une des premières raisons est qu'aux principaux stades de développement de la personnalité, l'exposition à certains risques peut être préjudiciable pour le bien-être psychologique des individus, que ce soit quelques années après voire même quelques décennies (OMS, 2012). Cette inégalité d'exposition peut-être également liée à « *une faiblesse, une déficience, une hypersensibilité spécifiques* » (Bouisson, et De Boucaud, 2003, p. 491), à des accidents de vie, ou à la personnalité comme nous pouvons le constater dans le tableau ci-dessus.

D'autre part, comme nous avons pu le constater, l'environnement social fait partie des facteurs de vulnérabilité. « *C'est d'abord la société qui vulnérabilise les individus et non l'inverse* » (Brodiez-Dolino, 2016, p. 8). Autrement dit, les facteurs de vulnérabilité peuvent être extrinsèques. Néanmoins, des facteurs intrinsèques tels que le stress, l'anxiété, la dépression, une mauvaise image de soi,

le névrosisme, le mal-être sont tous des facteurs et symptômes psychologiques qui engendrent de la vulnérabilité chez les individus. Ces facteurs sont d'autant plus présents lorsqu'un individu est exposé à des problèmes de santé physique et/ou des problèmes de santé mentale. Il existerait donc bien un lien étroit entre vulnérabilité et bien-être psychologique. Si l'on prend pour exemple l'obésité, dans le cas des problèmes de santé physique, celle-ci affecte le niveau d'estime de soi (Berdah, 2010). A l'inverse, un niveau d'estime de soi bas peut entrainer des troubles du comportement alimentaire, par conséquent le niveau d'estime de soi peut avoir des répercussions sur les solutions thérapeutiques pour vaincre l'obésité (Fossati, Rekier & Golay, 2004). Dans le cas des problèmes de santé mentale, une image négative de son corps peut avoir de lourdes conséquences psychopathologiques et psychosociales comme des problèmes alimentaires, de l'anxiété sociale, des dépressions ou encore un faible niveau d'estime de soi. Dans son étude, Berdah (2010) soulignait le fait qu'une femme obèse avec une mauvaise image de son corps présente un risque élevé de dépression.

Or notre société actuelle génère parfois beaucoup de stress que ce soit chez un public jeune, adulte ou sénior et génère aussi un certain nombre de normes s'agissant de l'apparence physique ou du comportement à avoir en société. Les personnes qui ne rentrent pas dans les « codes » d'apparence physiques, ou qui présentent quelques « troubles mentaux », sont la cible de nombreuses stigmatisations et discriminations qui entrainent elles-mêmes la baisse d'estime de soi et impactent négativement le bien-être des individus. En d'autres termes, des problèmes de santé, qu'ils soient physiques ou mentaux, peuvent avoir des répercussions sur le bien-être psychologique des individus.

Labbe et al. (2007) ont également démontré le lien existant entre vulnérabilité et bien-être psychologique. L'objectif de cette étude menée par ces auteurs était de mesurer les rôles que jouent l'instabilité de l'emploi et la catégorie sociale sur les inégalités de santé et la vulnérabilité sociale. La population étudiée est composée de 540 860 personnes consultant des centres d'examen de santé financés par l'assurance-maladie. S'agissant des outils, l'instabilité de l'emploi est mesurée par les catégories emploi stable/non stable et temps plein/partiel. La vulnérabilité sociale est définie par un score basé sur 11

questions qui donne le score EPICES[7]. Les données de santé utilisées sont la santé perçue, l'obésité, la maigreur et le diabète. D'après cette étude, des relations statistiquement significatives entre l'instabilité de l'emploi et les indicateurs étudiés sont systématiquement observées. Plus les conditions d'emploi sont défavorables, plus les risques de vulnérabilité sociale et d'inégalités de santé sont élevés. Les risques pour les situations d'emploi instable/temps partiel, comparés à l'emploi stable/temps plein, sont multipliés, selon les indicateurs (obésité, santé perçue, maigreur et diabètes), par 1,16 à 2,48 chez les hommes et par 1,22 à 2,25 chez les femmes. Les auteurs mettent également en avant le fait que ces effets sont différents selon les catégories sociales. Plus les catégories sociales sont défavorisées, plus l'instabilité à l'emploi est élevée. Par exemple, chez les femmes de la catégorie ouvrière, les risques relatifs des conditions d'emploi varient de 2,99 à 4 pour l'obésité et de 3,70 à 6,51 pour le diabète. Or, pour la catégorie des cadres, les valeurs correspondantes sont inférieures. En conclusion, la santé et la vulnérabilité sociale sont significativement associées à l'instabilité de l'emploi. La précarité des conditions d'emploi amplifie les inégalités de santé ce qui peut s'avérer défavorable pour le bien-être psychologique et placerait donc certains individus en situation de vulnérabilité. Ces résultats sont d'ailleurs en concordance avec l'analyse de l'OMS (2012) pour qui les maladies et la précarité faisaient partie des facteurs préjudiciables au bien-être psychologique.

En conclusion, le public bénéficiaire du DIPS est, dans un sens, hétérogène puisque les individus ne viennent pas forcément de la même structure sociale et n'ont pas le même parcours de vie, et dans un autre sens, homogène, puisque leurs caractéristiques, aussi variées soient-elles, sont toutes des facteurs propices aux situations de vulnérabilité et à la surexposition aux menaces. Comme nous avons pu le constater, cette exposition à diverses menaces n'est pas propice au développement personnel et au bien-être des individus. Ainsi, compte tenu du large panel de risques affectant le bien-être psychologique, les moyens pour minimiser ces risques doivent être mis en place à différentes échelles et dans différents secteurs. Selon l'OMS (2012), des stratégies globales existent telles que :

[7] L'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICE) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. La somme des 11 questions donne le score EPICE. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

le développement de ressources psychiques aux stades du développement de la personnalité (l'estime de soi par exemple), l'instauration de conditions de vie qui permettent le développement psychosocial, la lutte contre la discrimination et la promotion des droits ou encore la promotion des interactions positives entre groupes sociaux. Ces stratégies sont transversales dans le sens où elles peuvent être mises en place dans différents domaines et donc applicables dans le champ des activités physiques.

CHAPITRE 2 : Qualité de vie : l'influence de concepts psychologiques

Selon l'OMS (1993), la qualité de vie est « *la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* »[8] (p. 4). La qualité de vie englobe donc à la fois des éléments objectifs, des éléments subjectifs, des éléments physiques et des éléments d'ordre cognitifs et sociaux. Elle implique « *à la fois certaines conditions de vie objectives et la façon dont chaque individu perçoit et utilise ses ressources pour se réaliser* » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.50). En 2014, l'INSEE se positionne également sur le même type de définition : « *La qualité de vie recouvre plusieurs dimensions. Certaines sont qualifiées d'objectives, comme la situation matérielle, la santé physique ou l'équilibre émotionnel, l'isolement social… ; d'autres sont plus subjectives, telle la satisfaction que l'on retire de son existence.* » (p. 199).

Au travers de ces différentes définitions, nous notons que le concept de qualité de vie est une notion très vaste. Il parait difficile de la mesurer dans son ensemble. Il semble donc nécessaire de n'étudier que certains indicateurs spécifiques à celle-ci pour l'aspect qualitatif de notre recherche.

Dans la littérature, les chercheurs orientent leurs travaux sur la question de la qualité de vie vers des facteurs tels que la satisfaction de vie, le bonheur, l'anxiété, les émotions, l'estime de soi ou encore la dépression. Cette orientation se porte aussi bien sur des populations sans difficultés particulières que sur des populations en situation de vulnérabilité, atteintes de déficiences physiques ou mentales. Au vu des caractéristiques de notre public, l'estime de soi et la satisfaction de vie semblent être les deux variables les plus pertinentes à analyser dans le cadre de notre étude, c'est pour cela que nous avons choisi d'y apporter un éclairage tout particulier.

[8] Cf. Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. Recherche en soins infirmiers, (88), 4-17.

1. Le bien-être

Comme mentionné auparavant, l'Organisation Mondiale de la Santé (2006) définit la santé comme « *Un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* ». Cependant, même si la notion de bien-être apparaît, celle-ci n'est pas clairement définie.

Dans leur étude, Breda et Goyvaerts (1999) postulent que le bien-être est « *la mesure dans laquelle non seulement les besoins « primaires » comme l'alimentation, l'habillement, la santé et le logement sont satisfaits, mais aussi la mesure dans laquelle l'individu participe à la vie sociale, prend part à la culture et les valeurs en vigueur, et peut s'épanouir pour développer une personnalité autonome, faisant face aux contraintes sociales.* » (p. 106). Manderson (2005a), considère que le bien-être est une construction sociale qui va au-delà de la santé. Pour ces auteurs, le bien-être intègre un sentiment de satisfaction, de contentement, d'accomplissement personnel et existentiel. Par conséquent, le bien-être serait à caractère variable selon les moments de la vie qu'ils soient situationnels ou temporels.

En réalité, ce que veulent nous dire Breda et Goyvaerts (1999) c'est que chaque individu se doit d'adopter une stratégie de développement social pour s'assurer un certain bien-être. En ce sens, la participation sociale des individus, leur intégration à la vie collective et leur émancipation grâce au développement d'un sentiment d'appartenance sont trois stratégies de développement social.

D'autre part, certains auteurs tels que Seligman *et coll* (2004), pensent que l'on atteint le bien-être ou le bonheur grâce à trois processus que sont les émotions positives, l'engagement et le sens de l'existence. Les émotions positives compensent les effets des émotions négatives au niveau physiologique (Ong et Allaire, 2005) et permettent d'accélérer la récupération face à des évènements stressants (Tugade et coll., 2004). Elles sont orientées vers des espaces temporels différents (Seligman *et coll*, 2004) : le passé (faisant référence aux émotions telles que la gratitude et le pardon), le présent (faisant référence aux émotions telles que le plaisir et la pleine conscience), et le futur (faisant référence aux émotions

telles que l'espoir et l'optimisme). L'engagement quant à lui, correspond à la poursuite active d'un but important pour l'individu lui-même et qui mobilise ses ressources psychologiques personnelles comme la force de caractère, l'intelligence psychologique, la disposition à la pleine conscience, le sentiment d'efficacité personnelle, l'empathie, l'estime de soi, etc.). Enfin, s'agissant du sens de l'existence, pour Seligman *et coll* (2004), cela correspond à «*la poursuite d'un but abstrait dépassant largement l'individu* » (p. 4). Ces trois processus, indépendants, ne sont pas investis de la même façon selon les individus. Seligman et coll (2004) parlent de « vie pleine et entière » (full life) lorsque ces processus sont fortement investis par ces derniers.

Au regard de ces quelques définitions sur le bien-être, nous pouvons constater qu'au-delà de l'objectivité de certains faits et facteurs de vie, le ressenti de l'individu et son implication dans sa vie semble être également pris en compte dans la mesure de celui-ci.

1.1. Les facteurs du bien-être

En 2011, TNS Qual+[9] a réalisé une enquête qualitative dans 15 États membres de l'Union Européenne afin d'examiner la question du bien-être des citoyens au sein de chaque Etat. 35 discussions de groupe, d'une durée de deux heures, ont été menées entre février et mars 2010. Les résultats de ces discussions ont été analysés au niveau national, puis comparés au niveau européen. Cette enquête met en évidence 9 types de facteurs influençant le bien-être selon les répondants de l'enquête. Cinq de ces facteurs ont été identifiés par tous les groupes interrogés et font donc partie de la liste définitive globale établie par TNS Qual+. Nous pouvons y trouver l'emploi, la santé, les temps libres, la satisfaction professionnelle et la situation financière personnelle. A ces facteurs s'ajoutent également le logement, la famille, les amis et l'éducation qui sont aussi des facteurs mentionnées par la quasi-totalité des groupes (seul un ou deux groupes ne les ont pas mentionnés).

[9] TNS Qual+ est une filiale de Kantar TNS (société française d'enquêtes par sondage) spécialités dans l'expertise qualitative.

Les facteurs du bien-être
➔ Bien-être subjectif
➔ Situation économique et professionnelle
➔ Education et développement intellectuel
➔ Santé et nutrition
➔ Infrastructures
➔ Relations personnelles
➔ Vie citoyenne
➔ Activités culturelles et spirituelles
➔ Environnement

Tableau 2 : Les principales catégories des différents types de facteurs du bien-être mentionnées par les répondants selon TNS Qual+.

Cette liste reprend donc les réponses de tous les groupes s'agissant des facteurs influençant le bien-être. Afin de comprendre au mieux l'apparition de ces facteurs, *TNS Qual+* met en évidence les facteurs sous-jacents à chaque catégorie évoqués lors des groupes de discussion. Nous pensons qu'il est important d'insister sur le fait que chaque facteur sous-jacent à chaque catégorie que nous allons énoncer ressortent d'une pensée globalement commune à tous les répondants.

- **Bien-être subjectif**
  - Effets positifs ou négatifs de l'humeur sur le bien-être et inversement, le bien-être ressenti peut affecter l'humeur. Cet élément dépend en majeur partie du caractère et de la vision que chacun a de sa vie.
  - La chance, le destin, le terrain génétique et la personnalité sont des facteurs « incontrôlables » qui peuvent influencer le bien-être subjectif.
  - La satisfaction atteinte par le fait de se sentir bien avec soi-même, de croire en soi et ses valeurs, de se réaliser et de réussir peut contribuer au bien-être. Le développement et l'évolution personnelle influence également positivement le bien-être.

- Le bien-être pourrait résulter d'un ensemble de valeurs que l'individu peut partager avec son entourage, d'une bonne ouverture d'esprit, ou encore de l'altruisme dont nous pouvons faire preuve.
- L'importance de la liberté de choix individuel (idée qu'il est important de vivre/s'intégrer au sein d'une société où chacun est libre de faire ses propres choix, et où l'autonomie est valorisée), mais aussi l'importance de se donner des objectifs à accomplir et d'être ambitieux.

- **Situation économique et professionnelle**
  - Pour jouir d'un certain bien-être, les répondants accordent une très nette importance à l'argent : « *l'argent est considéré comme la condition du bien-être et comme le moyen d'accéder à d'autres facteurs contribuant au bien-être, comme le fait de participer à des activités culturelles, acheter des livre, une maison, pratique un sport ou un passe-temps, etc.* » (TNS Qual+, 2011, p.8).
  - L'argent permet de subvenir à des besoins basiques tels que l'accès au logement, l'alimentation, les vêtements, etc, et contribue au bien-être famililal puisque ce facteur peut éviter le manque de ressources élémentaires.
  - Les répondants évoquent également les dépenses « non essentielles » qui contribuent néanmoins à un certain bien-être. En effet, la possibilité de se faire plaisir et de faire plaisir aux autres, de se laisser aller à une passion, ou encore de voyager sont des éléments qui sont bien souvent associés à la notion d'argent mais qui sont des facteurs à part entière quant à la condition d'accès au bien-être.
  - Le travail est donc essentiel pour avoir accès à des revenus. Néanmoins, même si le simple fait de travailler peut contribuer au bien-être, la satisfaction professionnelle (pouvoir travailler où nous le souhaitons tous en étant satisfait de ce que nous faisons) n'en est pas moins un élément encore plus important.
- **Education et développement intellectuel**
  - L'accès à l'éducation est une notion très importante dans laquelle nous retrouvons la question des revenus. En effet, au-delà de

l'acquisition de connaissances, de la confrontation à différents idéaux et courants de pensées, de l'ouverture au monde ou encore de l'évolution professionnelle que peuvent apporter les études, la capacité financière des parents qui permet aux enfants de poursuivre leurs études dans un domaine souhaité et choisi par ces derniers est très importante et participe au bien-être des enfants comme des parents.

- **Santé et nutrition**
  - « *Une bonne santé est considérée comme un facteur crucial de bien-être* » (TNS Qual+, 2011, p.8). La bonne santé est perçue sous différents angles. D'abord considérée comme l'absence de douleurs ou de maladie puis considérée comme l'absence d'affaiblissement ou de rupture avec la vie sociale. Sous l'angle corporel, la fréquence de pratique d'une activité physique est vue comme un outil qui influence la santé pour maintenir une certaine forme, pour prévenir des maladies cardiaques, pour lutter contre l'obésité et entretenir une forme d'énergie.
  - La nutrition a également un impact sur le bien-être. En effet, « *l'influence des apports nutritionnels sur le bien-être repose sur le fait d'avoir une alimentation suffisante, de manger des aliments de qualité et du rapport entre l'alimentation et l'argent.* » (TNS Qual+, 2011, p.8)
  - Enfin l'accès aux soins de santé est aussi un paramètre dont tiennent compte les répondants s'agissant du bien-être. Ce paramètre met en évidence le rapport essentiel entre la santé et les revenus d'un individu. Plus les revenus d'un individu vont être élevées, plus celui-ci aura accès à des services et soins de santé ainsi que des traitements de bonne qualité (qui sont souvent plus efficaces), ce qui a une influence certaine sur l'état de santé et donc le bien-être. Nous observons ici le même processus expliqué précédemment entre les revenus, l'accès aux soins et la vulnérabilité.
- **Infrastructures**

- De nombreux facteurs contribuant à la qualité du lieu de résidence (et donc du bien-être) ont été relevés pas les répondants. Nous retrouvons également sur ce point un lien entre le logement et les revenus. En effet, la qualité du lieu de résidence dépend d'abord des moyens financiers qu'un individu peut y investir même si le principal est avant tout d'avoir un hébergement.
- Outre la qualité du lieu de résidence, les ressources naturelles dont dispose cet espace peuvent affecter positivement ou négativement le bien-être. Les problèmes environnementaux tels que les inondations ou les tremblements de terre peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être.
- D'autres facteurs tels que la sécurisation du lieu de résidence, sa propreté, l'accès à différents types de services (parking, transports scolaires, collectes des déchets…), l'absence de pollution qu'elle soit atmosphérique ou sonore, sont des facteurs constitutifs du bien-être

- **Relations personnelles**
  - Les relations amicales : être accompagné, pouvoir compter sur son entourage (matériellement ou émotionnellement), s'amuser, partager, se confier, sont des facteurs sources de force et de pouvoir pour les individus entourés par de bons amis et par conséquent source de bien-être.
  - Les relations familiales : ces dernières sont considérées par les répondants comme pouvant être à la fois positives et à la fois négatives s'agissant de l'évolution du bien-être. C'est la nature des rapports qu'entretiennent les membres d'une famille qui détermine cela. Par exemple l'absence de rapport familiaux ne permet pas à un individu de se sentir entourés sur ce point là, par conséquent cette variable ne permettra pas de faire évoluer positivement le bien-être de cet individu.
  - Les relations conjugales : source significative d'amour, les relations conjugales ont une influence positive sur le bien-être selon les répondants.

  - Les enfants : sources d'énergie, c'est en ce sens que les répondants considèrent que les enfants sont un facteur influençant positivement le bien-être. De plus, la croissance et l'évolution des enfants et le fait de pouvoir voir vivre plusieurs générations sont également considérés comme des facteurs influençant le bien-être positivement.
  - Autres types de relations : pour les répondants, les relations entretenus avec les animaux domestiques influencent également le bien-être positivement.
- **Activités culturelles et spirituelles**
  - Les activités culturelles : facteurs qui contribuent au bien-être dans le sens où elles permettent l'enrichissement personnel. La notion de revenus refait surface ici dans le sens où les activités culturelles nécessitent généralement un investissement financier.
  - Les activités de loisirs : selon les répondants ces activités seraient sources de bien-être dans le sens où elles induisent d'autres facteurs agissant sur le bien-être à savoir, la détente, le divertissement, le dépassement de soi, la créativité ou encore permettent d'échapper à la réalité.
  - La spiritualité et la religion : ici les répondants évoquent le fait d'être en rapport avec une forme de spiritualité qu'elle soit religieuse ou non, et qui contribue au bien-être.
- **Vie citoyenne**
  - Le gouvernement du pays, les hommes politiques, les politiques, les législations et les décisions mises en œuvre influencent le bien-être dans le sens où ces facteurs conduisent à des changements sociétaux qui impactent les individus vivant dans cette société.
  - Certains répondants ont également parlé du vivre-ensemble, de la non-discrimination et du respect des uns envers les autres comme facteurs de bien-être.
  - Le respect des droits de chacun, la liberté d'expression et de parole et les protections que peuvent apporter les autorités sont des facteurs qui influencent le bien-être.

  - D'autre part, le contexte politique et économique général génère des facteurs qui jouent un rôle sur le bien-être des individus. Parmi ces facteurs nous trouvons la situation financière du pays, le niveau de chômage, « *les risques d'agression, le consumérisme et les images et message négatifs véhiculés par les médias.* » (TNS Qual+, 2011, p. 10).
- **Environnement**
  - Le climat influence le bien-être (de façon positive ou négative selon les températures) et l'absence de catastrophes naturelles influencent le bien-être de façon positive.

Nous pouvons constater que les différents facteurs évalués lors de l'enquête qualitative de TNS Qual+ peuvent être objectifs comme subjectifs. Le concept de bien-être est donc très large et est appliqué à de nombreuses situations pour une variété de besoins (Paim, 1995). En ce sens, tous les domaines ayant un impact sur les individus sont constitutifs du bien-être.

1.2. Le bien-être et ses conceptions

Après de nombreuses lectures sur cette notion, nous avons pu constater que le bien-être dit « objectif » n'est que très peu défini contrairement au bien-être dit « psychologique » et « subjectif ». En opposition à ces derniers, le bien-être objectif ne serait pas lié à un sentiment personnel ou à un ressenti. Celui-ci dépendrait d'avantage des ressources physiques, économiques et matérielles, dont dispose un individu.

La notion de bien-être objectif est liée à la notion de prospérité, d'abondance, de développement et de richesse (Breda et Goyvaerts, 1999). Ainsi, le concept de bien-être objectif est entrevu comme le fait de « *disposer de suffisamment de ressources pour réaliser des conditions de vie satisfaisantes selon ses propres préférences. Ici, le bien-être est donc considéré comme une situation de liberté positive: il s'agit des possibilités dont chacun dispose pour opérer des choix*

concernant l'organisation de sa vie » (Breda et Goyvaerts, 1999, p. 106). Autrement dit, la notion de bien-être objectif englobe non seulement les aspects matériels de la vie comme le logement ou les revenus, mais également les aspects non matériels tels que l'autonomie, ou la participation à la vie économique, politique, et environnementale. L'objectivité consiste finalement à prendre en compte les attributs sociaux et matériels, dans les outils que nous utilisons, qui favorisent ou qui nuisent au bien-être d'un individu.

Michalos (1983), dans son étude sur la satisfaction de vie et le bonheur d'une communauté rurale du nord, tente de mesurer la satisfaction de vie de ses membres, appliquée à une douzaine de domaines de la vie (santé, finance, logement, famille, amis, travail, religion, loisirs, transports et services gouvernementaux etc.), pour les hommes et pour les femmes. Pour cet auteur, la satisfaction de vie peut s'analyser selon trois processus différents :

- **Le but d'accomplissement** : qui représente l'écart entre ce que nous avons et ce que nous voudrions avoir.
- **La comparaison sociale** : qui représente l'écart entre ce que nous avons et ce que nous pensons que les autres ont.
- **Les expériences passées** : qui représentent l'écart entre ce que nous avons maintenant et ce que nous avions dans le passé.

Cette méthode d'analyse de la satisfaction de vie est donc basée sur la consommation actuelle d'un individu et l'écart qui se trouve entre sa consommation passée, la consommation d'autrui et ce que l'individu souhaiterait posséder. Plus l'écart entre les différents paramètres est important, moins le niveau de bien-être sera élevé. A l'inverse, moins l'écart entre les différents paramètres est important, plus le niveau de bien-être sera élevé.

Pour Michalos (1983) le premier processus est le meilleur prédicteur de la satisfaction de vie car il ne prend en compte que l'individu et sa situation actuelle, contrairement aux deux autres processus qui tiennent compte d'autres variables, comme la convoitise, la jalousie, la nostalgie ou le regret, pouvant influencer la satisfaction de vie. Nous pouvons constater que dans les trois cas, bien que certains facteurs comme la consommation, soient des facteurs objectifs, l'auteur tient tout

de même compte de facteurs subjectifs. Le processus du but d'accomplissement en est l'exemple même puisque l'auteur prend en compte la perception de l'individu sur sa consommation réelle et sur ce qu'il voudrait avoir. De plus, chaque individu est différent. Ces derniers n'ont pas les mêmes besoins, et ne se satisfont pas des mêmes choses. Ainsi, même si la méthode de Michalos (1983), se base sur des critères d'analyse objectifs, les résultats émergeants de celle-ci prennent en compte des facteurs subjectifs, qui sont constitutifs de la personnalité de chaque individu.

L'utilisation d'indicateurs objectifs repose sur l'hypothèse que le bien-être dépend d'un ensemble de besoins qui sont communs à tous les individus et qui peuvent être identifiés par des experts (Prince et Prince, 2001). En revanche, chaque individu est différent et ne perçoit pas les événements de vie de la même manière. Il semblerait donc que la « subjectivité » soit un concept clé à utiliser dans la mesure du bien-être.

Nous en arrivons donc à la conclusion que dans un cas, ce n'est pas le bien-être en lui-même qui est objectif mais les paramètres utilisés pour le mesurer. En effet, les outils de mesure basés sur des paramètres concrets tels que la qualité du sommeil, l'autonomie réelle, le revenu, ou la consommation, sont des outils ayant une approche objective du bien-être et non des outils permettant de mesurer le « bien-être objectif ». A contrario, dans l'autre cas, il semblerait que les outils de mesures qui s'appuient sur des facteurs qui varient selon les individus tels que les perceptions, les ressentis, les émotions positives ou négatives, sont des outils ayant une approche subjective du bien-être et qui permettraient de mesurer le « bien-être subjectif ». L'objectivité semble dépendre des paramètres utilisés pour mesurer le bien-être tandis que la subjectivité semble être elle-même un paramètre à prendre en compte dans la mesure du bien-être. Et finalement le "bien-être" serait la moyenne des paramètres objectifs et des perceptions personnelles. En d'autres termes l'indice global de "Bien-être" pourrait prendre en compte les paramètres objectifs et les perceptions individuelles.

1.2.1. Approche psychologique et subjective

A travers nos différentes lectures, nous avons pu constater que le bien-être est utilisé sous différentes appellations ce qui ne simplifie pas la clarification de ce concept. Dans la littérature scientifique, les termes les plus fréquemment utilisés sont le « bien-être » (Danna & Griffin, 1999), le « bien-être affectif » (Warr, 1990 ; Daniels, 2000), le « bien-être émotionnel » (Diener & Larsen, 1993), le « bien-être psychologique » (Ryff & Keyes, 1995 ; Massé et al., 1998a) et le « bien-être subjectif » (Diener, 1984, 1994 ; Eid & Larsen, 2008).

L'ensemble des termes évoqués ci-dessus sont parfois utilisés sans qu'ils ne soient tenu compte de leur apport théorique. Par exemple, le bien-être psychologique est parfois utilisé pour désigner un ensemble d'émotions positives et négatives (Berkman, 1971a), or ce concept ne se base pas unique sur les affects. Nous ne retiendrons donc que les termes bien-être psychologique et bien-être subjectif dans un souci de compréhension des processus. En effet, ces derniers sont explicitement utilisés pour illustrer deux conceptions que sont l'approche hédonique et l'approche eudémonique.

Ainsi, au regard des différentes approches qui entourent le « Bien-être », il nous semblait nécessaire d'apporter des précisions sur certains termes inhérents à l'état psychologique. La définition de ces termes est parfois confuse, ce qui nous pousse à les utiliser de manière interchangeable sans forcément respecter leur véritable signification. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Voyer et Boyer (2001) qui portent sur une analyse conceptuelle comparative du bien-être psychologique. Ces auteurs ont établis une hiérarchie des différents construits sur l'état psychologique. Nous nous baserons sur cet outil pour expliquer les différents termes et concepts constitutifs de ce dernier.

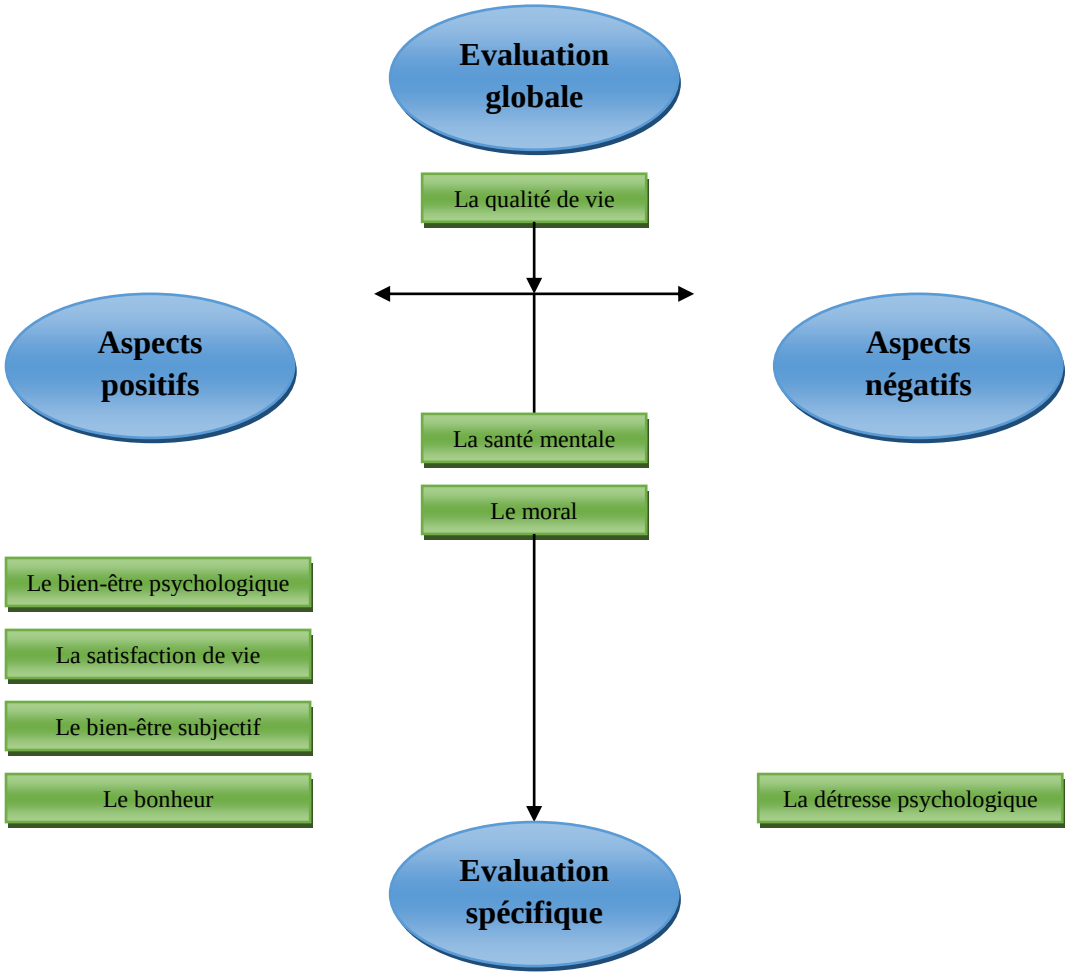


Figure 3 : Hiérarchie des différents construits sur l'état psychologique selon Voyer et Boyer (2001)

Cette hiérarchisation est basée sur deux axes. L'axe vertical va d'une évaluation globale à une évaluation spécifique. Ainsi, la qualité de vie serait le concept le plus large, englobant dans sa mesure l'ensemble des différents concepts. A l'inverse, le bonheur nécessiterait l'évaluation la plus spécifique. L'axe horizontal classe les différents concepts selon leur contenu. Ainsi, pour Voyer et Boyer (2001), le bien-être psychologique, la satisfaction de vie, le bien-être subjectif et le bonheur ne sont composés que de dimensions positives. A contrario, la détresse psychologique n'est évaluée que par des dimensions négatives. Au centre se situent la qualité de vie, la santé mentale et le moral. Pour ces auteurs, ces concepts doivent être évalués à la fois par des dimensions positives et des dimensions négatives. Autrement dit, plus le concept est situé vers le haut de la figure, plus celui-ci est global dans son évaluation de l'état psychologique, et plus le concept est situé vers

le bas de la figure, plus celui-ci est spécifique dans son évaluation de l'état psychologique. L'axe horizontal quant à lui, détermine si les concepts touchent à des aspects positifs et/ou négatifs.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons principalement au bien-être psychologique, au bien-être subjectif et à la satisfaction de vie. En ce sens, nous souhaitons apporter un éclairage théorique plus particulier sur ces trois concepts. La satisfaction de vie sera définie dans la prochaine partie puisque c'est ce concept qui est au plus proche de notre étude.

Bien-être psychologique

Bradburn (1969) considère que le bien-être psychologique correspond à la prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs. Le sentiment de compétence, l'estime de soi, les relations affectives, l'optimisme et le bonheur, sont pour lui des dimensions clés pour mesurer le bien-être psychologique d'un individu. Pour Bryant et Veroff (1982), la perception de soi, le sentiment de bien-être, les symptômes de détresse et l'adaptation d'un individu à différents domaines tels que le mariage, la parentalité ou le travail, sont des dimensions qui définissent le bien-être psychologique. Les dimensions citées par ces auteurs sont essentiellement affectives. A la même période, des auteurs comme Andrews et McKennell (1980) vont considérer que la cognition a un rôle aussi important que l'affectif dans l'évaluation du bien-être psychologique et ils vont soutenir que l'évaluation cognitive d'un individu face à ses buts et sa vie est importante pour déterminer le bien-être psychologique. Ainsi, ils suggèrent de distinguer l'affectif et le cognitif pour définir le bien-être psychologique. D'autres auteurs vont apporter leur soutien en proposant des variables telles que le soutien social et l'influence du réseau (House et Khan, 1985) ainsi que la notion de contrôle sur sa vie (Reich et Zautra, 1981) ; considérées comme des variables importantes dans la mesure et la variation du bien-être psychologique. Dans leurs travaux portant sur l'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique chez les personnes âgées, Rousseau, Denis et Dubé (1993) ont quant à eux envisagé le bien-être psychologique comme un concept quadridimensionnel. La première dimension fait

référence aux caractéristiques personnelles. La deuxième dimension observe le stress personnel et environnemental. La troisième dimension se rapporte au facteur cognitif. Et la quatrième et dernière dimension s'intéresse aux variables relationnelles.

Suite à ces travaux, Ryff et Keyes (1995) proposent une définition du bien-être psychologique composée de six dimensions qui englobe les principales dimensions mentionnées dans les travaux ci-dessus :

- **L'acception de soi** : Elle se traduit par une attitude positive envers soi, par la reconnaissance et l'acceptation des multiples facettes de soi qu'elles soient bonnes ou mauvaises, et par le sentiment d'être bien avec son passé.
- **Les relations avec les autres** : Elles se traduisent par une bonne qualité relationnelle avec son entourage, par le fait d'être capable d'empathie, d'affection et de se préoccuper du bien-être des autres. L'individu doit comprendre le principe de donner et de recevoir au travers de ses relations.
- **L'autonomie** : Elle est représentée par l'autodétermination et l'indépendance, par la sensation d'être libre de prendre ses propres décisions, et d'être capable de résister aux pressions sociales pour rester soi-même.
- **La maitrise sur l'environnement** : C'est la capacité qu'a l'individu de gérer et de maitriser les facteurs externes qui influencent son environnement. Par exemple, un individu se doit de saisir les opportunités qui se présentent à lui dans le but de créer des contextes profitables pour ses besoins et ses valeurs personnelles.
- **Le but dans la vie** : L'individu doit se fixer des objectifs qui donneront un sens à sa vie.
- **La croissance personnelle** : L'individu doit avoir le sentiment de s'épanouir, de grandir et de se développer. Il fait preuve d'ouverture d'esprit et a le désir de réaliser son plein potentiel. L'individu remarque une amélioration dans sa manière d'être et d'agir. La connaissance de soi et l'efficacité personnelle influencent positivement les changements qui s'opèrent chez un individu.

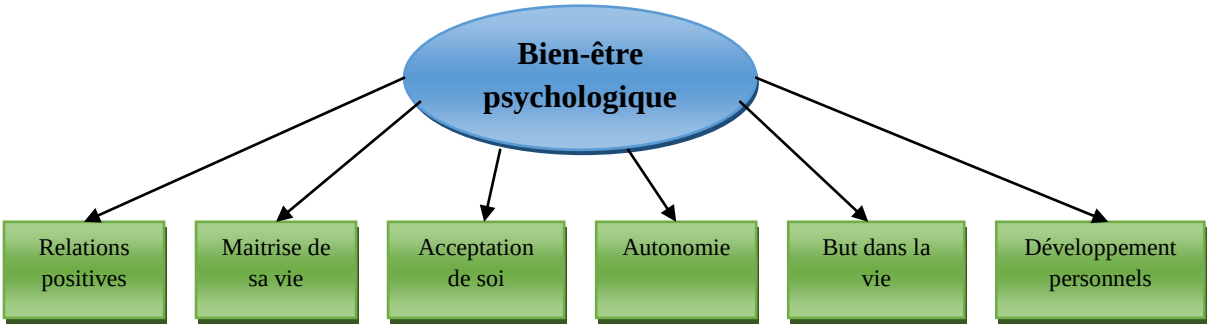


Figure 4 : Conceptualisation du bien-être psychologique selon Ryff et Keyes (1995)

Ainsi, un individu qui répond positivement à ces six dimensions aura un niveau de bien-être psychologique élevé. A l'inverse, si l'individu ne répond pas positivement à ces six dimensions, il aura un niveau de bien-être psychologique faible.

Cette conception du bien-être est associée à l'approche eudémonique du bien-être. L'approche eudémonique fait référence à des notions de réalisation de son plein potentiel (Ryff, 1995) et d'autodétermination (Ryff & Singer, 1998a). Autrement dit, le fait de vivre en accord avec ses propres valeurs est au cœur du bien-être. L'approche eudémonique conceptualise le bien-être en termes de relations positive avec les autres, de maitrise de sa vie et du contrôle de son environnement, d'acceptation de soi, d'autonomie, de but dans la vie et de développement personnel. A travers la définition de cette approche, nous pouvons constater que celle-ci est en effet fortement influencée pas les travaux de Ryff et Keyes (1995). Cette approche ne considère pas le bien-être comme un concept qui varie simplement selon les affects positifs et négatifs auxquels un individu est exposé mais comme un concept qui prend en compte des composantes aux plans comportemental, psychologique et physiologique. Le bien-être pourrait ainsi être décrit non par l'absence de manifestations négatives, mais plutôt par la seule présence de manifestations positives. Ainsi, les processus conduisant au bien-être consisteraient à créer de bonnes relations interpersonnelles, de bonnes relations d'attachement ou de vivre dans un milieu favorisant le bien-être.

Bien-être subjectif

Plus tard, Diener (1984) va introduire la notion de « bien-être subjectif », non pas en opposition au bien-être psychologique mais comme un approfondissement du concept. C'est d'ailleurs un concept qui intéresse de nombreux chercheurs. Nous disposons donc d'une large documentation sur ce propos grâce aux travaux de chercheurs comme Brief et al. (1993), Diener (1984, 1994), Diener et al. (1999), Feist et al. (1995) ou encore Lucas et al. (1996), qui ont travaillé non seulement sur une définition du bien-être subjectif mais également travaillé sur le développement d'outils permettant de le mesurer.

Ce sont les travaux de Diener débutés dans les années 80 qui font aujourd'hui référence et qui ont permis de mettre en avant la notion de bien-être subjectif. Selon cet auteur, le bien-être subjectif apparait comme un phénomène tridimensionnel dont les dimensions ne sont pas corrélées. La première dimension concerne la satisfaction dans la vie, c'est-à-dire le jugement d'ensemble d'une personne sur sa vie à un moment donné (vécu personnel). La deuxième dimension concerne la présence de sentiments ou d'affects positifs ressentis sur un intervalle de temps. Puis la troisième dimension concerne l'absence de sentiments ou d'affects négatifs sur un intervalle de temps. « *La mesure des réactions négatives telles que la dépression ou l'anxiété donne une image incomplète du bien-être des personnes et il est impératif de mesurer également la satisfaction de la vie ainsi que les émotions positives* » (Diener, 1994, p. 103). Même si ces trois dimensions sont des composantes séparées du bien-être subjectif, elles nécessitent toutes trois de juger, de mesurer et/ou d'évaluer les réussites de sa vie (pour la satisfaction de vie) et les expériences gratifiantes (pour les affects positifs ou l'absence d'affects négatifs).

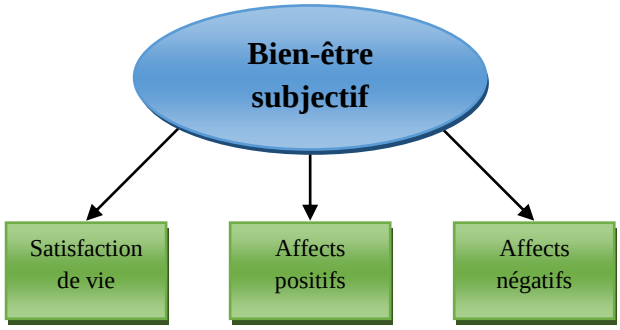


Figure 5 : Conceptualisation du bien-être subjectif selon Diener (1984)

D'autre part, Diener (1984) insiste sur le fait que ces dimensions sont bien distinctes. En effet, une même personne peut ressentir des sentiments désagréables et pour autant se satisfaire de sa vie grâce à l'accomplissement d'objectif personnel. La présence d'affects positifs ne sous-entend pas l'absence d'affects négatifs. Le bien-être subjectif, c'est donc l'évaluation cognitive et affective faite par l'individu de son existence, comprenant trois composantes relativement indépendantes (l'affect positif, l'affect négatif et la satisfaction avec la vie) (Diener, Lucas & Oishi, 2002). Néanmoins Miller (1980) et Kammann (1983) nuancent ces propos. Pour ces auteurs, les fluctuations des émotions auxquelles est soumis un individu peuvent avoir un impact sur la détermination de la satisfaction de vie.

Andrews et Withey (1976) ont également défini le bien-être subjectif comme un ensemble composé à la fois d'une évaluation cognitive et d'affects positifs et négatifs. Veenhoven (1984), prend également part à ce postulat puisqu'il soutient l'idée que dans l'évaluation de sa vie, un individu combine deux éléments que sont les cognitions et les affects. La composante affective est représentée par les émotions, les affects et les humeurs. Tandis que la composante cognitive est représentée par la satisfaction. Nous retrouvons ici l'idée de Campbell, Converse & Rodgers (1976) pour qui la satisfaction implique un jugement ou une expérience cognitive. Ainsi, la satisfaction représente une dimension autonome à l'intérieur du construit du bien-être subjectif dans le sens où ces études montrent la séparation entre la dimension cognitive et la dimension affective qui composent le bien-être subjectif.

L'ensemble des idées émanant de ces différents travaux seront reprises par Diener (1994) et donneront lieu à la définition selon laquelle « *Le bien-être subjectif réfère à l'expérience globale des réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieur telles que la satisfaction de la vie et le niveau hédonique. La satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global de sa propre vie. Le niveau hédonique renvoie à l'équilibre entre le caractère agréable et désagréable de sa propre vie émotionnelle* » (Diener, 1994, p.108). En effet, cette conception du bien-être est associée à l'approche hédonique du bien-être. L'étude du bien-être selon une approche

hédonique a émergée suite au courant de recherche qui visait à mesurer la qualité de vie d'un point de vue subjectif (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Les partisans de cette approche considèrent que le bien-être est composé de la prévalence des émotions positives par rapport aux émotions négatives et de la satisfaction de vie. Selon cette approche, le bien-être est considéré comme un construit à la fois cognitif, puisqu'il est lié à la satisfaction et affectif, puisqu'il touche aux émotions. Au travers de cette définition, nous pouvons constater que, contrairement au bien-être eudémonique qui s'inspire essentiellement des travaux portant sur le bien-être psychologique, l'approche hédonique est quant à elle fortement influencée pas les travaux de Diener sur le bien-être subjectif.

Même si ce sont avant tout les travaux de Diener qui font référence dans la clarification du concept de bien-être subjectif, nous pouvons constater qu'il est difficile de définir clairement et opérationnellement cette notion puisque comme l'avaient souligné Diener et al. (1999), le bien-être subjectif représente davantage un champ d'intérêt scientifique plus qu'un construit théorique spécifique. Malgré cela, il a tout de même était possible d'identifier les diverses dimensions de ce construit qui se fragmente en deux grand aspects, comme nous avons pu le constater précédemment, soit la dimension affective et la dimension cognitive/évaluative.

Le constat est simple, au travers de nos différentes lectures, la dichotomie qui semblait exister entre le bien-être psychologique et le bien-être subjectif ne semble pas si radicale. En effet, ces deux notions se complètent et se rejoignent plus qu'elles ne se divisent malgré une différence d'approche notable. En effet, les auteurs en faveur de l'approche hédonique, considèrent que l'approche eudémonique ne laisse pas place à l'expression des individus quant à l'évaluation de leur propre vie (Diener et al., 1998). En d'autres termes, que l'approche eudémonique ne prend pas en compte les composantes émotionnelles du bien-être puisqu'elle se baserait uniquement sur une approche purement théorique pour construire une compréhension du bien-être psychologique (Diener et al., 1998).

En effet, l'approche hédonique considère que le bien-être est composé de deux grands axes : la prévalence des émotions positives sur les émotions négatives et la

satisfaction dans la vie (Bradburn, 1969, Diener 1984). Ainsi, le bien-être inclut la satisfaction du maximum d'attentes et l'obtention de tout ce que l'on peut souhaiter dans les différentes sphères de la vie (Ryan et Deci, 2001). Il renvoie également aux émotions plaisantes ressenties par la satisfaction de ces attentes. Selon cette perspective, le bien-être est un construit à la fois affectif, puisqu'il touche aux émotions, et cognitif et évaluatif puisqu'il est lié à la satisfaction que se fait un individu de sa vie. En termes opérationnels, les auteurs utilisent le plus souvent une combinaison d'indicateurs permettant de mesurer les affects positifs, les affects négatifs et la satisfaction. La somme de ces indicateurs donnera une mesure du bien-être. Ainsi, les tenants de l'approche hédonique considèrent que la satisfaction fait partie intégrante du bien-être, ce qui n'est pas le cas dans l'approche eudémonique qui se base avant tout sur des composantes comportemental, psychologique et physiologique. Diener et al. (1998), dont les travaux s'appuient sur une approche hédonique, reconnaissent néanmoins que les affects positifs et la satisfaction découlent souvent de manifestions eudémoniques telles que les relations interpersonnelles ou de l'existence de buts significatifs pour soi (Dagenais-Desmarais, 2006). Ainsi, les deux approches semblent être complémentaires dans la mesure du bien-être globale. Le bien-être hédonique associé aux aspects psychologiques et sociétaux du bien-être eudémonique constituerait donc la définition du bien-être global.

Toutefois, deux modèles hiérarchiques se distinguent dans l'analyse du bien-être subjectif, et ne perçoivent pas ce concept de la même manière.

1.2.2. Modèles hiérarchiques du bien-être subjectif

Il existe deux modèles hiérarchiques du bien-être subjectif qui nous permettent d'analyser les rapports du bien-être et ses conditions extérieures : l'approche inductive : le modèle « Bottom-Up » et l'approche déductive : le modèle « Top-Down ».

Le modèle « Bottom-Up » défend le postulat selon lequel le sentiment global de bien-être est la résultante d'événements et de conditions de vie favorables. Autrement dit, la satisfaction et le bonheur résultent de moments heureux et de

bonnes conditions de vie dans différents secteurs (famille, couple, revenus, travail, lieu de résidence, etc.) (Campbell, Converse & Rodgers, 1976), combinés à l'absence de désagréments divers. Ici, les événements et les conditions objectives de vie sont les facteurs déterminants du bien-être et ce dernier est considéré comme un « effet ». En d'autres termes, c'est l'accumulation de conditions favorables et d'événements positifs qui engendre le bien-être.

Le modèle du « Top-Down » défend le postulat inverse. Ici, les individus auraient une prédisposition stable à interpréter les expériences de la vie, et à y réagir soit de façon positive, soit de façon négative (Brief et al., 1993). Indépendamment des conditions de vie, cette prédisposition générale affecte l'évaluation que se fait l'individu des différents événements survenant dans différents domaines de la vie. Dans ce modèle, ce sont les interprétations subjectives des événements qui déterminent le bien-être subjectif et non les événements objectifs eux-mêmes. Le bien-être apparait donc comme un « cause ». Costa et al. (1981) illustrent ce postulat en expliquant que les personnes heureuses sont heureuses parce qu'elles prennent plaisir face aux événements de la vie et non pas nécessairement parce qu'elles rencontrent plus de moments favorables. « *En dépit des circonstances, certains individus semblent être des personnes heureuses [happy people] et d'autres des personnes malheureuses [unhappy people]* » (Costa, McCrae & Norris; 1981, p.79). Diener (1996) rejoint également cette théorie : « *dans le champ du bien-être subjectif, la personnalité contrôle la plus grande partie de la variance du bien-être, et les situations semblent n'avoir virtuellement aucun impact à long terme. Si l'on examine le bien-être subjectif, l'on peut même conclure que c'est un trait et qu'il est déterminé par le tempérament à la naissance* » (p. 391). En d'autres termes, certains individus auraient plus de prédispositions à être heureux que d'autres, et seraient moins affectés par des conditions de vie difficiles.

1.3. Focus sur la satisfaction de vie

La satisfaction de vie est un indicateur central de bien-être subjectif. Celle-ci s'appuie sur le système de valeurs d'un individu qui le conduit à évaluer ce qu'est une vie satisfaisante, de son propre point de vue. Comme nous l'avons

évoqué précédemment, la satisfaction de vie est une résultante cognitive induite par les différentes évaluations qu'un individu se fait de sa vie. Elle peut être définie comme « *une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères.* » (Shin & Johnson, 1978, p. 478). Nous retrouvons dans cette définition l'importance d'une évaluation subjective de sa propre vie.

La satisfaction dans la vie se détermine par l'évaluation générale des conditions de vie d'un individu. Voyer et Boyer (2001) soutiennent l'idée que les concepts de satisfaction de vie et de bien-être subjectif sont les concepts dont la distinction est la plus difficile à circonscrire. Cette pensée avait d'ailleurs déjà été mise en avant dans les années 90 « *le bien-être subjectif […] et la satisfaction de vivre sont des notions qui diffèrent l'une de l'autre à quelques nuances près, mais elles ont beaucoup de points en commun* » (Myers et Diener, 1997, p. 14). Malgré cette similarité des concepts, il existe bien des différences, notamment au niveau de l'orientation des concepts et de leurs attributs.

Le bien-être subjectif, lui, est estimé à partir de domaines spécifiques prédéterminés tels que la vie de couple ou le travail. Par exemple, « *le bien-être subjectif se prête mal à l'étude d'une femme, cheffe de famille monoparentale et sans emploi.* » (Voyer et Boyer, 2001, p. 285). Le bien-être subjectif étant un concept multidimensionnel, l'intégration de divers domaines semble nécessaire dans son évaluation. La spécificité du concept de satisfaction de vie est que celui-ci est orienté vers la réalisation d'objectifs et de désirs fixés par la personne elle-même (Kozma & Stones, 1980). Ainsi, la comparaison entre les aspirations d'une personne et ses réalisations permet d'évaluer la satisfaction de vie d'un individu (Andrews et Withey, 1976 ; Campbell et al., 1976). Pour d'autres, la satisfaction de vie est un concept multidimensionnel. C'est le cas de Neugarten et al. (1961), pour qui la satisfaction dans la vie se définit par la vitalité, le courage, l'atteinte de ses objectifs, le concept de soi et l'humeur. Dans cette dernière définition, la dimension cognitive semble être prépondérante sur la dimension affective, même si cette dernière n'en est pas écartée pour autant. De plus, Ryan et Déci (2001) montrent que la satisfaction de vie est directement liée au bien-être et que des variations de la satisfaction de vie peuvent prédire des variations de bien-être. Pour ces auteurs, la satisfaction de vie représenterait une dimension autonome à

l'intérieur même du construit du bien-être subjectif. Les études de Lucas, Diener et Suh (1996) ainsi que d'Andrews et Withey (1976) soutiennent ce postulat. Dubé, Kairouz et Jodoin (1997) iront dans le même sens en affirmant : « *tandis que le bonheur renvoie à l'aspect émotionnel du bien-être et représente la prépondérance des émotions positives durant une certaine période de temps, la satisfaction représente l'aspect cognitif et identifie une évaluation plus durable de sa vie*. » (p. 215).

Tous ces auteurs sont donc d'accord pour dire qu'il est important de faire une distinction entre ces deux notions. L'analyse de ces différents concepts nous amène à la conclusion qu'il est important, d'une part, de les mesurer différemment, même si les deux concepts se mesurent à partir d'une évaluation subjective de l'individu, et d'autre part, de bien comprendre qu'ils n'expliquent pas les mêmes phénomènes.

Les modèles hiérarchiques du « Bottom-Up » et du « Top-Down » associés à la satisfaction de vie sont tous deux très similaires de la définition que nous avons précédemment donnée sur ces deux modèles associés au bien-être subjectif. Ce constat n'a rien d'étonnant puisque, comme nous le mentionnions précédemment, le concept de bien-être subjectif et le concept de satisfaction de vie sont très proches. Ainsi, selon l'approche inductive (Bottom-Up), la satisfaction de vie est la résultante de la somme des aspects positifs et des aspects négatifs auxquels est confronté un individu. La somme des événements se manifestant dans les différents domaines de la vie d'un individu constitue le niveau de satisfaction de vie que ressent celui-ci. A l'inverse, selon l'approche déductive (Top-Down), la satisfaction de vie est la résultante de la personnalité et des prédispositions que possède un individu. Ces prédispositions influencent l'évaluation que se fait l'individu des différents événements survenant dans différents domaines de la vie, et lui permettent d'y réagir positivement ou négativement (Brief et al., 1993). De par sa personnalité et ses prédispositions, l'individu transformerait la réalité objective en une réalité subjective qui influence positivement ou négativement la satisfaction de vie (Gosselin, 2005).

L'approche inductive conceptualise la satisfaction de vie comme une résultante contrairement à l'approche déductive qui lui affecte un rôle de variable

indépendante. Dans cet esprit, nous pouvons nous demander si la satisfaction de vie doit-être considérée comme un « trait » comme le suggère le modèle du « Top-Down », ou être considérée comme un « état » comme le suggère le modèle du « Bottom-up » ? L'ambiguïté entre ces deux conceptions est reconnue (Feist et al., 1995), et la littérature récente sur la satisfaction de vie tente d'unifier les deux conceptions afin de minimiser leur opposition (Diener, Lucas, Oishi et Suh, 2002). Dans le cadre de notre recherche nous utiliserons l'Échelle de Satisfaction (ESV) de Vie de Diener et al. (Satisfaction With Life Scale (SWLS); 1985), traduite en français par Blais et al. (1989), dont la mesure se base sur le modèle du « Top-Down ». Nous détaillerons cet outil dans la partie méthodologique de notre étude.

En conclusion, le bien-être subjectif et notamment la satisfaction de vie font l'objet de diverses considérations. Ces deux notions découlent à la fois de facteurs objectifs et de facteurs subjectifs. Le bien-être subjectif dépend des conditions de vie d'un individu, du jugement personnel qu'il porte sur sa vie et sur lui-même, et la satisfaction qu'il tire de sa condition. Nous avons fait le choix d'utiliser l'Echelle de Satisfaction de Vie pour évaluer le niveau de satisfaction de vie des bénéficiaires du DIPS.

2. L'Estime de Soi

2.1. Les fondements de l'estime de soi

Au travers des écrits nous avons pu constater que l'estime de soi est parfois confondue avec le concept de soi. Or ces deux notions sont bien distinctes. L'estime de soi est une composante centrale du concept de soi (Greenwald, Belleza et Banaji, 1988). En réalité le concept de soi c'est à la fois la connaissance que nous avons de nous-même (ce que nous sommes vraiment) et à la fois l'idéal de soi (ce que nous aimerions être). L'estime de soi quant à elle, découle de l'écart qu'il se trouve entre la connaissance de soi et l'idéal de soi. En effet, plus l'écart entre ce qu'un individu est vraiment et ce qu'il voudrait être est faible, plus l'estime de soi de cet individu est élevée. A l'inverse, plus l'écart entre ce qu'un individu est vraiment et ce qu'il souhaiterait être est grand, plus l'estime de soi de cet individu est faible. Autrement dit, le concept de soi est la synthèse opérée sans jugement de valeur des connaissances et perceptions de nos propres qualités et caractéristiques (Vallerand, 2006). Tandis que l'estime de soi concerne l'évaluation que se font les individus de leurs qualités et de leurs caractéristiques (Vallerand, 2006). Ainsi l'estime de soi serait à la fois constituée de composantes évaluatives (je suis compétent), et à la fois de composantes affectives (je suis fier de moi, je m'aime).

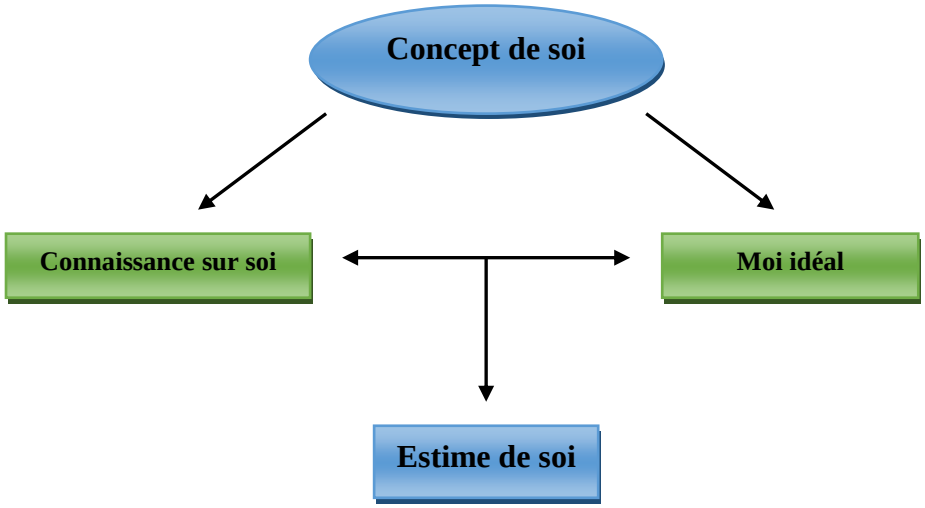


Figure 6 : Modélisation du concept de soi

Même si le concept d'estime de soi est aujourd'hui défini par un grand nombre de psychologues, que nous citerons au fur et à mesure de cet écrit, il est tout de même difficile de décrire ce concept de façon unanime puisque nombreuses sont les définitions de l'estime de soi dans la littérature.

James (1892), est le premier à définir l'estime de soi. Il la qualifie comme la conscience de la valeur du moi. Pour James (1892) l'estime de soi désigne un jugement ou une évaluation de soi en lien avec ses valeurs et fait référence au rapport entre les réussites et les aspirations. Plus les réussites sont égales ou supérieures aux aspirations plus l'estime de soi qui en résulte est élevée. A l'inverse, si les aspirations sont largement supérieures aux réussites, l'estime de soi qui en résulte est faible.

Cooley (1902) introduit la notion d'approbation d'autrui. Ainsi il émet l'hypothèse que l'estime de soi ne trouverait pas uniquement sa source dans un processus intrapsychique mais qu'elle dépendrait également des réactions de l'entourage, de l'approbation d'autrui. Autrement dit, selon lui, « *la perception de soi est le résultat d'un effet de miroir social : ma valeur est déterminée par la façon dont les autres me valorisent ; mon image dépend de la façon dont ils me perçoivent, etc.* »[10]. Ainsi, l'estime de soi serait non seulement générée par une auto-évaluation mais également par les interactions que l'on entretient avec autrui.. Bouvard (1999) reprend ce postulat puisque pour lui l'estime de soi est « *l'appréciation positive ou négative de l'individu sur lui-même issue du système de valeurs personnelles ou imposées par l'extérieur au cours de l'enfance… Elle s'inscrit dans un processus dynamique susceptible de se modifier au cours de la vie* » (p.195). Cet auteur prend aussi en compte l'impact d'autrui et notamment des proches sur la variation de l'estime de soi.

Pour Rogers (1951), l'estime de soi est « *le degré selon lequel l'individu s'aime, se valorise et s'accepte lui-même* ». Pour cet auteur c'est donc un processus interne à l'individu. Cette idée est reprise plus tard par d'autres auteurs tels que Coopersmith (1967) qui définit ce concept comme un processus de jugement par lequel un individu analyse ses performances et ses capacités en

[10] C.H. Cooley, « Nature humaine et ordre social, la signification du "je" », dans M. Bolognini, Y. Prêteur, *Estime de soi, perspectives développementales*, Lausanne, Delachaux & Niestlé, 1998.p.17 Cooley, C. H. (1902). Human nature and social order.

fonction de ses valeurs. Ce jugement permet à l'individu d'évaluer sa valeur de façon plus ou moins négative. Ou tels que Hong, Bianca, Bianca et Bollington (1993) qui caractérisent l'estime de soi comme « *une attitude individuelle envers soi-même, impliquant une auto-évaluation sur une dimension positive-négative* » (p. 95).

Pour d'autres auteurs la signification de l'estime de soi est double. Elle consiste à la fois à déterminer la valeur qu'un individu considère avoir, et à la fois à déterminer l'opinion qu'il a de lui-même (André et al., 2002).

Rosenberg (1979) désigne l'estime de soi comme l'attitude, le respect et la considération que se porte un individu ainsi que le sentiment qu'il a de sa valeur en tant que personne. Cet auteur distingue deux types d'estime de soi. La première est externe est dépend des situations et du regard des autres. Tandis que la deuxième est une estime de soi qu'il qualifie d'interne puisqu'elle est davantage résistante au changement et correspond à une évaluation plus globale de soi.

Enfin, Harter (1983), se base sur les théories de James (1892) et Cooley (1902), pour dire qu'un individu s'évaluerait de façon différencié dans divers domaines de la vie, et que l'estime de soi dépendrait donc de l'importance qu'accorde un individu à un domaine spécifique. Par exemple, si un enfant accorde beaucoup d'importance au domaine scolaire, plus ses notes seront bonnes, plus son estime de soi augmentera. A l'inverse, plus les notes sont faibles, plus l'estime de soi diminuera. Autrement dit, la variation de l'estime de soi vient de l'impact des réussites et des échecs sur un domaine spécifique. De plus elle considère également que l'entourage joue un rôle important sur la variation de l'estime de soi.

Au travers de ces multiples définitions, nous constatons que l'estime de soi est un concept complexe aux multiples caractéristiques. Ce concept ne se résume pas seulement à la valeur qu'un individu donne à sa propre personne. L'estime de soi semble prendre ses bases affectives dès l'enfance et poursuivre son développement tout au long de la vie au travers de diverses interactions et diverses expériences. Autrement dit, l'estime de soi se façonne selon les interactions sociales, au travers d'opinions et d'actions et varie selon les différents domaines

de la vie et se façonne également au travers d'émotions et d'affects comme le sentiment d'avoir de l'importance. Ce « *regard-jugement* » qu'est l'estime de soi (André et Lelord, 2002) est donc vital à l'équilibre psychologique. Lorsqu'il est positif, il permet de se sentir bien dans sa peau, de faire face aux difficultés de la vie et d'agir efficacement. En revanche, lorsqu'il est négatif, il engendre des tourments, de nombreux désagréments et contrariétés qui viennent perturber l'équilibre et le quotidien de l'individu.

2.1.1. Les trois piliers de l'estime de soi

Bien entendu, l'estime de soi n'est pas un concept isolé. André et Lelord (2002) déterminent trois piliers de l'estime de soi : l'amour de soi, la vision de soi (ou l'image de soi) et la confiance en soi.

André et Lelord (2002) qualifient **l'amour de soi** comme le pilier le plus important. Cet amour de soi ne dépend pas de la performance d'un individu mais de sa capacité à résister à l'adversité et à se reconstruire après un échec. C'est la capacité qu'a un individu à s'aimer malgré ses limites et ses défauts. Ces auteurs constatent que l'amour de soi dépend en majeure partie de l'amour que donne la famille. En cas de carence d'affection à cette période, l'individu sera plus sujet, une fois adulte, à des troubles de la personnalité. Ces troubles peuvent provoquer des situations de conflit ou des sentiments d'échecs. « *S'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi.* » (p. 17). L'amour de soi c'est se respecter soi-même et écouter ses besoins et ses aspirations.

La vision de soi est une évaluation subjective qu'un individu fait de ses qualités et de ses défauts. Cela ne s'arrête pas seulement à la connaissance de soi et l'important n'est pas la réalité des faits mais plutôt la conviction qu'a un individu de posséder des qualités ou des défauts. Si la vision de soi est positive, elle représente une force qui permet d'atteindre ses objectifs malgré les difficultés rencontrées. En revanche, si la vision de soi est négative, l'individu aura du mal à vaincre les difficultés rencontrées mais également à trouver la voie dans laquelle il souhaite s'engager. Le regard que nous portons sur nous-mêmes prend également racine dans notre environnement familial et surtout en fonction des projets que les

parents forment pour leurs enfants. « *Positive, la vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité.* » (André et Lelord, 2002, p. 17). Une vision positive de soi c'est croire en ses capacités et se projeter dans l'avenir.

Le troisième pilier de l'estime de soi est **la confiance en soi**. « *Etre confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.* » (André et Lelord, 2002, p. 20). Son rôle semble important dans le sens où l'estime de soi a besoin de petits succès ou de réussite pour se maintenir ou se développer. La confiance en soi est souvent liée au mode d'éducation auquel un individu est confronté. Plus nous apprenons et montrons à un enfant que l'échec n'est pas catastrophique et qu'il est important d'essayer quelle qu'en soit l'issue, plus celui-ci aura confiance en lui et acceptera plus facilement l'échec sans que cela n'affecte ni sa confiance en lui, ni son estime de lui-même. Avoir confiance en soi c'est être capable d'agir sans avoir une crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui.

Ces trois piliers de l'estime de soi sont interdépendants les uns des autres. L'amour de soi facilite une vision positive du soi qui, à son tour influence favorablement la confiance en soi. Néanmoins il arrive que pour certains individus ces trois piliers soient dissociés (André et Lelord, 2002). Dans leur ouvrage, André et Lelord (2002) donnent un exemple pour chaque pilier : « *Dans le cas d'une vision de soi fragile : le sujet n'a que superficiellement confiance en lui ; que survienne un obstacle sérieux, ou qui s'éternise, et l'estime de soi s'effondrera. Autre cas, celui d'un manque d'amour de soi : cette fois, le sujet a réussi un parcours exceptionnel parce qu'il est soutenu par une vision très élevée de lui-même ; mais un échec sentimental fera surgir des doutes et des complexes qu'il croyait enfouis à jamais… Ce peut être enfin un défaut majeur de confiance en soi : le sujet a reçu une éducation parfaite, ses parents l'ont trop protégé, aimé, choyé pour lui éviter de souffrir ou de se confronter tôt aux réalités ; malgré toute l'affection reçue, il sera victime de doutes permanents sur sa capacité à réussir.* » (p. 21). En d'autres termes, si un individu manque d'amour pour soi, il sera sujet à des doutes sur ses capacités à être apprécié par autrui, aura la sensation de ne pas être à la hauteur et son image de soi sera détériorée même en cas de réussite matérielle. Si

un individu à une vision négative de lui-même, il sera dépendant des avis et actes d'autrui, ne fera pas preuve de persévérance dans ses choix personnels et manquera d'audace. Enfin, si un individu n'a pas confiance en lui il sera sujet à l'hésitation, au manque de persévérance, et à l'abandon rapide de ce qu'il entreprendra.

André et Lelord (2002) affirment qu'un « *bon équilibre entre chacune de ces trois composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse.* » (p. 16).

2.1.2. Les déterminants de l'estime de soi

Une estime de soi harmonieuse n'est pas uniquement liée à ces trois piliers. Nos lectures nous ont permis de constater que d'autres concepts et facteurs sont liés à l'estime de soi. Doré (2017) identifie cinq attributs étroitement liés à l'estime de soi : la valeur accordée à soi-même, l'acceptation de soi, le sentiment de compétence, l'attitude envers soi-même et le respect de soi.

La valeur accordée à soi même est un attribut critique de l'estime de soi. Elle englobe la notion d'évaluation de ses valeurs et le jugement favorable ou défavorable envers soi-même et est la base du respect de soi (Levin, 1992).

L'acceptation de soi est la première répercussion de la valeur accordée à soi-même. Celle-ci représente l'amour propre et l'authenticité envers soi. Elle fait référence à l'équilibre entre les attentes envisagées et les réalisations personnelles (Doré, 2017). L'acceptation de soi c'est être capable de reconnaitre ses forces mais également ses limites sans que celles-ci soient perçues négativement.

Le sentiment de compétence, lui, est un attribut permettant à l'individu d'affronter les événements, situations ou tâches de la vie avec succès. « *L'être humain a besoin d'être conscient de ses qualités, de ses capacités, de ses forces et de ses faiblesses.* » (Doré, 2017, p. 21). Ce sentiment de compétence a une forte influence sur l'engagement, la motivation et la persévérance d'un individu. Il a également une influence sur les réactions émotives et affectives de l'individu lorsqu'il réalise une tâche (Wood et Bandura, 1989).

L'attitude envers soi-même est un autre attribut de l'estime de soi. Selon Allport (1935), l'attitude est un état mental de préparation à l'action, organisée à travers l'expérience, exerçant une influence directive et dynamique sur le comportement. Ainsi une attitude positive envers soi-même en toute circonstance engendrerait chez l'individu de la sérénité et diminuerait le stress. A l'inverse, une attitude négative envers soi-même ne ferait qu'augmenter les souffrances et le stress de l'individu.

Le dernier attribut de l'estime de soi cité par Doré (2017) est donc **le respect de soi**. C'est un sentiment « *d'égard, de considération envers soi, ses valeurs, son caractère et sa dignité* » (Doré, 2017, p. 22). Ainsi, se respecter soi-même c'est avant tout faire preuve d'amour pour soi, de se faire confiance pour s'affirmer et se différencier face à son entourage.

Ces différents attributs de l'estime de soi s'adaptent et évoluent au cours de la vie notamment grâce ou à cause des événements de vie. Comme nous l'évoquions précédemment, l'estime de soi est une évaluation subjective qu'un individu porte sur lui-même. Ainsi, plus l'individu s'accorde une valeur plus il s'acceptera. Et plus cet individu se sent compétent et adopte des attitudes positives envers lui-même plus il se respectera.

D'autres facteurs contribuent également au façonnement et au développement de l'estime de soi. Pour Holmes (1993), l'estime de soi repose sur deux sentiments : le sentiment d'efficacité personnelle et le sentiment d'avoir de bonnes relations. Le sentiment d'efficacité personnelle fait référence à la croyance de l'individu en sa capacité à réaliser ou non une tâche dans un contexte donné et au sentiment que ses actions produiront les résultats voulus (Bandura, 2003). Cette théorie suppose que si un individu ne se pense pas capable de produire les résultats qu'il désire par ses actions, alors il aura peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés qu'il rencontrera. (Bandura, 2003). Comme l'avait souligné Brewer (2008), les croyances d'efficacité personnelle influencent par conséquent les choix de l'individu, les efforts qu'il fournit, sa persévérance devant les difficultés, sa résilience face à l'adversité, son stress vécu et le niveau de réussite qu'il peut atteindre dans divers domaines. Ainsi, le sentiment d'efficacité personnelle se rapporte à l'évaluation de ses aptitudes personnelles. L'estime de soi, quant à elle,

se rapporte davantage à l'évaluation qu'un individu se fait de sa propre valeur et peut être à la fois dépendante et indépendante du sentiment d'efficacité personnel. En effet, un individu peut se considérer incompétent en gymnastique. Si ce dernier accorde une grande importance à sa compétence dans ce domaine et qu'il considère que son échec fait de lui une personne moins compétente, alors son estime de soi sera altérée. A l'inverse, si un individu se considère incompétent en gymnastique mais qu'il n'accorde aucune valeur à la réussite dans cette activité, son estime de soi ne sera pas affectée. Au travers de ce postulat et compte tenu des caractéristiques du public que nous étudions, il semble important de garder en mémoire que l'influence du sentiment d'efficacité personnelle peut jouer sur la motivation et l'engagement dans la pratique du public bénéficiaire du DIPS mais également sur leur estime d'eux-mêmes.

L'estime de soi comme sentiment d'avoir de bonnes relations est liée au Soi émotionnel (Guédeney, 2011). Ici, on parle de la valeur que se donne un individu, s'il se considère comme important ou non. D'après les théoriciens de la petite enfance comme Winnicott ou Bion, pour qu'un individu se sente significatif, il faut dans un premier temps que celui-ci se sente important aux yeux de son entourage proche. L'enfant se développe ainsi via les interactions sociales qu'il entretient avec son entourage, il développe son « Soi ». Selon Bowlby (1982) si l'entourage d'un enfant répond correctement à sa détresse, c'est-à-dire qu'il lui apporte son aide, alors non seulement l'enfant percevra l'autre comme quelqu'un de confiance sur qui il peut compter mais il prendra également conscience qu'il est quelqu'un de digne d'intérêt ayant de la valeur. « *Pour se sentir une personne « significative », il faut d'abord s'être senti une personne importante aux yeux de ceux qui nous ont élevés.* » (Guédeney, 2011, p. 129).

La comparaison sociale et le regard des autres sont également des facteurs qui influencent l'estime de soi. En effet, le positionnement d'un individu par rapport aux personnes qui l'entourent à un instant T représente l'un des mécanismes fondamentaux d'ajustement de l'estime de soi.

Cooley (1902), avance l'hypothèse selon laquelle les autres seraient des « miroirs sociaux » dans lesquels un individu se regarderait pour se faire une idée de l'opinion qu'ils ont de lui. La perception de soi serait ainsi alimentée par cette

opinion. L'estime d'un individu augmenterait dans la mesure où les autres portent une haute opinion de celui-ci et inversement, l'estime d'un individu diminuerait dans la mesure où les autres portent une faible opinion de ce dernier. Cette hypothèse est reprise par Harter (1998) « *le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale. Les évaluations que l'on ferait de soi-même seraient façonnées par les interactions sociales et linguistiques avec les autres, déjà durant l'enfance* » (p. 60-61). Ainsi, l'approbation ou la désapprobation des autres prennent part à l'évaluation de soi. Le regard positif des autres est un déterminant important de l'estime soi. Les recherches de Harter (1998) portant sur les jeunes enfants montrent que ces derniers identifient rapidement les opinions des personnes à qui ils veulent plaire et tentent d'ajuster leur comportement en conséquence. Ces opinions vont se transformer en idéaux et buts intériorisés du soi ce qui pousse l'enfant à les incorporer comme s'il s'agissait de ses propres évaluations.

Harter (1993) montrent que l'approbation parentale est la plus importante et influence davantage l'estime de soi lors de l'enfance. En revanche, lorsque l'individu grandit, c'est l'approbation des pairs qui va devenir de plus en plus importante et qui aura plus d'impact sur la variation de l'estime de soi. En d'autres termes, au cours du développement de l'enfant, l'importance du regard de l'autre va passer des parents à des personnes extérieures.

Pour démontrer l'effet de la comparaison sociale vis-à-vis de pairs sur l'estime de soi, André (2005) prend l'exemple de l'expérience qu'il appelle « *Monsieur Crabe et Monsieur propre* ». Lors de cette expérience, des étudiants postulaient pour un travail d'été, et des questionnaires de recrutement leur étaient soumis. Parmi ces questionnaires se trouvaient des questionnaires portant sur l'estime de soi. Dès qu'un étudiant remplissait ces questionnaires, un « *pseudo étudiant* » rentrait également dans la pièce et il était tantôt très bien habillé avec un livre scientifique sous le bras, et tantôt très mal vêtu, pas rasé, avec une revue pornographique sous le bras. Dès que le pseudo étudiant présentait bien, les résultats des questionnaires portant sur le niveau d'estime de soi avaient tendance à diminuer, tandis que la présence du pseudo étudiant négligé engendrait une augmentation du niveau d'estime de soi des participants. Les comparaisons sociales

font donc partie de la régulation de l'estime de soi : « *en cas de difficultés, les sujets à haute estime de soi comparent plus volontiers vers le bas (« il y a pire que moi ») tandis que ceux à basse estime de soi s'enfoncent en comparant vers le haut (« beaucoup de personnes sont meilleures que moi »)* » André (2005, p. 27).

Selon la théorie de la comparaison sociale (Festinger, 1954), les individus sont poussés à se comparer avec les autres pour évaluer leurs capacités dans divers domaines. Concernant plus particulièrement les effets de la comparaison sociale sur l'estime de soi, les travaux d'André (2005) évoqués précédemment rejoignent les travaux de Morse et Gergen (1970) : l'estime de soi s'améliore lorsque l'individu se compare à quelqu'un qui réussit moins bien que lui (comparaison descendante), tandis qu'elle diminue lorsque l'individu se compare à quelqu'un qui réussit mieux que lui (comparaison ascendante). Il est important de mentionner que cette comparaison est interpersonnelle. Major, Sciacchintano et Crocker (1993) ont quant à eux étudiés les comparaisons intergroupes. Il en ressort que les comparaisons descendantes sont toujours bénéfiques pour l'individu et qu'elles ont des « *vertus autoprotectrices* » comme avaient pu le démontrer Morses et Gergen (1970). D'autre part, Major et ses collègues (1993) ont également montré que les comparaisons ascendantes avec l'endogroupe (le groupe d'appartenance) entrainent une baisse du niveau d'estime de soi, tandis que les comparaisons ascendantes avec l'exogroupe (le groupe auquel l'individu n'appartient pas) n'étaient pas nuisibles pour l'individu. Ainsi, seules les comparaisons ascendantes avec son propre groupe seraient néfastes pour l'estime de soi.

S'appuyant sur des travaux plus récents concernant les comparaisons sociales intergroupes, Redersdorff et Martinot (2003) contredisent les travaux de Major et al (1993). Pour ces auteurs, « *les effets négatifs sur l'estime de soi des comparaisons ascendantes avec des membres de son groupe semblent disparaitre dans un contexte intergroupe menaçant pour l'identité sociale* »[11] dans un but de protection de l'estime de soi. C'est d'ailleurs en 1984 que Mackie a mis en évidence le caractère protecteur des comparaisons ascendantes avec des membres de l'endogroupe grâce à ses observations sur les enfants de minorités ethniques. Elle a pu constater que ces enfants privilégient les comparaisons ascendantes avec

[11] Dans « Impact des comparaisons ascendantes et descendantes sur l'estime de soi : importance de l'identité mise enjeu », p. 413

les membres de leur groupe lorsque celui-ci est soumis à des stéréotypes négatifs. Ainsi un individu préfère se comparer à ses pairs qui réussissent mieux que lui pour prouver l'excellence de son groupe et chasser les stéréotypes négatifs. Dans cette perceptive de protection de l'identité sociale de l'endogroupe où l'individu vient se comparer à ses pairs pour contrer un stéréotype négatif, Blanton et al. (2000) stipulent que l'individu va privilégier l'information de réussite de son groupe pour compenser son propre échec *grâce à un processus d'assimilation ou de réflexion consistant à associer son estime de soi à la bonne performance des membres de son groupe.* »

Ce constat est également en accord avec le modèle du maintien de l'auto-évaluation, le Self-Evaluation Maintenance (SEM) de Tesser (1988) selon lequel « *une proximité psychologique peut conduire à l'activation d'un processus de réflexion sur l'estime de soi* » (1988, p. 414).

Néanmoins, Redersdorff et Martinot (2003) ont démontré que si l'identité sociale des membres d'un groupe est dévalorisée par les membres de l'exogroupe, l'estime de soi va baisser car l'individu ne s'identifie plus à la réussite de son groupe mais il confirme, par son échec, la dévalorisation dont il est la cible. L'appartenance à un groupe dévalorisé peut donc conduire à des effets négatifs sur l'estime de soi. Toutefois il ne faut pas négliger les vertus protectrices qu'a l'identification et que celle-ci peut conduire à une augmentation des performances individuelles pour revaloriser son groupe.

A contrario, selon Rosenberg (1985), l'estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. Une estime de soi élevée implique le respect pour soi-même. Si l'on en croit la définition de Rosenberg (1985), nous pourrions supposer que l'auteur part du principe qu'un individu possédant une estime de soi élevée n'est pas dans la comparaison car le sentiment de supériorité ne s'exerce que face à un autre individu. Or Rosenberg exclue ce sentiment. De plus il différencie deux niveaux de respect : le niveau inconditionnel et le niveau conditionnel. Le niveau inconditionnel induit le fait que l'individu se respecte en tant qu'être humain et pas seulement via ses qualités et ses accomplissements, tandis que le niveau conditionnel induit que l'individu accorde

plus d'importance au standard personnel de compétence, à l'excellence et aux sentiments d'accomplissements face à d'autres individus. Pour lui, l'absence d'un respect conditionnel différencie la personne ayant une estime de soi élevée de celle possédant une faible estime de soi ». Ainsi pour Rosenberg (1985), un individu doté d'une estime de soi élevée n'est pas dans la comparaison.

L'estime de soi ne se construit pas seulement en fonction du regard de l'autre mais également en fonction des réussites et des échecs de l'individu. Les succès et les échecs d'un individu dans ses relations avec son entourage, ou dans les tâches de la vie quotidienne vont se répercuter sur la valeur que s'accorde l'individu.

Les réussites et les échecs sont donc également des facteurs qui contribuent à la fluctuation de l'estime de soi. James (1892) postule que l'estime de soi ne se réduit pas à une perception moyenne de nos succès et de nos échecs mais qu'il s'agit davantage du rapport entre les succès et les échecs face à nos ambitions et nos aspirations à réussir. Ainsi, si les réussites et succès d'un individu sont égaux ou supérieurs à ses aspirations, alors ce dernier aura une haute estime de lui-même. Si, à l'inverse, les aspirations de l'individu dépassent ses réussites, alors ce dernier aura une estime de soi faible. Néanmoins, dans les domaines qui ne sont pas d'une grande importance pour l'individu, si ce dernier n'y connait pas de succès, son estime de lui-même n'en pâtira pas. C'est d'ailleurs ce que révèlent les recherches d'Harter (1998) : « *l'estime de soi est directement influencée par la manière dont les enfants et adolescents perçoivent leurs compétences dans des domaines où la réussite est considérée*. » (p.61). L'estime de soi contribue donc à la perception des réussites et des échecs dans des domaines importants pour soi. L'importance de ces domaines varie au cours du développement de l'individu. De plus, l'interprétation des succès joue un rôle dans la variation de l'estime de soi. Un individu ayant une estime de soi élevée se sent généralement compétent dans les domaines de la vie où il juge la réussite importante et est capable de considérer comme moindre l'importance des domaines où il se sent moins compétent. En revanche, ce n'est pas le cas pour les individus qui ont une estime d'eux-mêmes faible. Ces derniers semblent incapables d'attacher moins d'importance aux domaines dans lesquels ils ne parviennent pas à réaliser leurs buts (Harter, 1988).

Dans le domaine des activités physiques par exemples, pour une même tâche, certains pratiquants vont être satisfaits d'eux-mêmes tandis que d'autres vont être déçus de leur performance.

D'autre part, l'interprétation du succès joue un rôle dans la variation de l'estime de soi. En effet, lorsqu'un individu s'attribue la réussite (attribution interne), cela renforce son sentiment de compétence et l'image de soi et par conséquent l'estime de soi. A l'inverse, l'échec attribué à une cause interne, va contribuer à une réduction de l'image de soi et par conséquent de l'estime de soi. Ici, l'attribution causale concerne « *la manière dont les individus attribuent la cause de leur succès et de leur échec.* » (Luginbuhl, Crowe et Kahan, 1990, p.163). Selon la théorie de l'attribution définie d'Heider (1958), l'attribution de causalité interne signifie que l'individu considère qu'il est le seul responsable de se son succès ou de son échec. A l'inverse, lorsque l'individu considère qu'il n'est pas responsable des événements, il s'agit d'attribution de causalité externe.

2.1.3. Haute et basse estime de soi

D'après Branden (1994), une haute estime de soi constitue une solution aux problèmes personnels et sociaux de chacun. A l'inverse, une faible estime de soi serait la racine de ces problèmes. Leary et Baumeister (2000) indiquent que posséder une estime de soi élevée correspond à se sentir comme un individu aimable, compétent et attirant. Grâce à ces différents traits, l'individu se valoriserait et se solliciterait comme membre d'un groupe. Les individus qui ont une haute estime d'eux-mêmes ont plus de facilités à assumer un rôle actif dans les groupes sociaux, et à s'exprimer librement et efficacement. Plus résistant aux menaces, l'individu qui a une haute estime de soi a semble-t-il, plus de facilité pour atteindre les buts personnels qu'il s'est fixés (Leplat et Hoc, 1983). Dans le cas inverse, une estime de soi faible se définirait comme ayant une déficience dans un ou plusieurs des domaines aboutissant à l'ignorance, l'évitement ou l'exclusion. Il semble donc important de considérer l'estime de soi comme facteur social.

D'autre part, le manque d'estime de soi se traduit souvent par la dévalorisation et l'auto-critique (Lobbé, 2016). La présence de doute vis-à-vis de soi-même et de ses

capacités, la crainte du regard des autres ou encore une forte sensibilité aux critiques, sont des caractéristiques d'une mauvaise estime de soi. Les individus sujets à une mauvaise estime de soi sont souvent en retrait et ont du mal à s'imposer. Ces comportements peuvent conduire l'individu à souffrir d'anxiété sociale et de forte susceptibilité (Lobbé, 2016). En conséquent, un gros manque d'estime de soi peut s'avérer très néfaste dans le sens où ce manque agit sur le quotidien, les décisions et les relations de l'individu qui en souffre. Comme a pu le souligner De Saint Paul (1999), un manque d'estime de soi s'associerait à une incapacité à s'adapter dans un monde en perpétuel changement.

Lorsque nous parlons d'estime de soi « faible/basse » ou d'estime de soi « élevée/haute », nous pouvons faire référence à André et al. (2002). En effet, ces auteurs ont défini quatre grands types d'estime de soi pour mieux comprendre ces évolutions.

- **Haute estime de soi stable** : ici l'estime de soi de l'individu est peu influencée par les événements de vie. L'individu ne consacre pas beaucoup de temps à la promotion de son image.
- **Haute estime de soi instable** : ici, bien qu'elle soit haute, l'estime de soi de l'individu peut subir des chocs importants surtout dans un contexte compétitif ou déstabilisant.
- **Basse estime de soi stable** : ici l'estime de soi de l'individu est peu influencée par les événements de vie même si ils sont positifs. L'individu ne consacre pas beaucoup de temps à la promotion de son image et subit le bas niveau de son estime.
- **Basse estime de soi instable** : ici l'estime de soi de l'individu est sensible et réactive aux événements de vie qu'ils soient positifs ou négatifs. Ainsi, l'individu passe par des phases d'estime de soi plus élevée qu'en temps normal, à des phases de faible estime de soi. L'individu fait des efforts pour se donner une meilleure image.

Ces dimensions associées à l'estime de soi ont émergé des travaux de Kernis et coll. (1993). Pour ces auteurs la stabilité de l'estime de soi est aussi importante que son niveau. En ce sens, un individu ayant un niveau d'estime de soi élevé et stable n'aura pas le même fonctionnement qu'un individu ayant un niveau d'estime

de soi aussi élevé mais instable puisque cette instabilité provoque des réactions émotionnelles et comportementales plus négatives (Greenier et coll., 1999).

2.2. Structures et modèles de l'estime de soi

Lorsqu'il est question de conceptualiser l'estime de soi, les divers travaux portant sur ce sujet ont recensé trois approches différentes : unidimensionnelle, multidimensionnelle et hiérarchique.

L'estime de soi a d'abord été considérée de façon unidimensionnelle (Bouffard, Seidah, McIntyre, Boivin, Vezeau, & Cantin, 2002). Cette approche considère l'estime de soi comme une entité globale et indifférenciée. Autrement dit, l'estime de soi découle de l'évaluation générale que se fait un individu de sa valeur (Fox, 1988) et ne résulte que de l'évaluation d'une seule distinction du soi sans faire de distinction vis-à-vis des différents domaines de la vie (Coopersmith, 1967). Les travaux de Rosenberg (1965) portant sur le construit d'un outil mesurant l'estime de soi globale en sont l'illustration. Cette échelle de mesure (le Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)), permet d'identifier la perception globale d'un individu quant à sa propre valeur. L'approche unidimensionnelle est donc concentrée sur l'expérience de l'individu, et sur son vécu de façon général.

L'estime de soi a par la suite été considérée de façon multidimensionnelle. Cette approche permet de considérer l'estime de soi comme une auto-perception dans différents domaines plutôt qu'une entité globale. Parallèlement à l'estime de soi globale, il existe d'autres dimensions telles que les habilités sportives, les habilités sociales, les habilités scolaires et académiques, l'appréciation des pairs etc. Les travaux d'Harter (1982) illustrent cette approche multidimensionnelle. Cette dernière développe le concept du sentiment de compétence qui permet de mettre en avant l'évaluation que se fait un individu de ses compétences dans différents domaines. Ainsi, le modèle multidimensionnel proposé par Harter (1983) prend en considération l'impact des réussites et des échecs sur l'estime de soi. Il dépend également de l'importance qu'accorde un individu à un domaine et prend en compte l'impact que l'entourage peut avoir dans la variation de l'estime de soi. Selon cette approche, il existerait autant d'évaluations de soi que de domaines

dans lesquels l'individu peut être confronté à des sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction. Bien évidemment, ces domaines ne sont pas figés, ils varient et se diversifient au cours de la vie de chaque individu. Ainsi, les différents domaines de la vie sont désormais pris en considération lors de l'évaluation de soi en conservant une évaluation de l'estime de soi générale (Harter, 1983).

Enfin, l'estime de soi est envisagée selon une approche hiérarchique où le concept global est au sommet de la hiérarchie et où l'évaluation des domaines distincts s'additionne pour obtenir la valeur de l'estime de soi globale. Cette hiérarchie est donc composée de l'estime de soi globale, puis d'estime de soi spécifiques à plusieurs domaines, domaines divisés en compétences de plus en plus spécifiques. Ainsi, l'estime de soi conserve à la fois son unidimensionnalité, et permet également de mettre en lien cette dernière avec les différents domaines spécifiques de la vie.

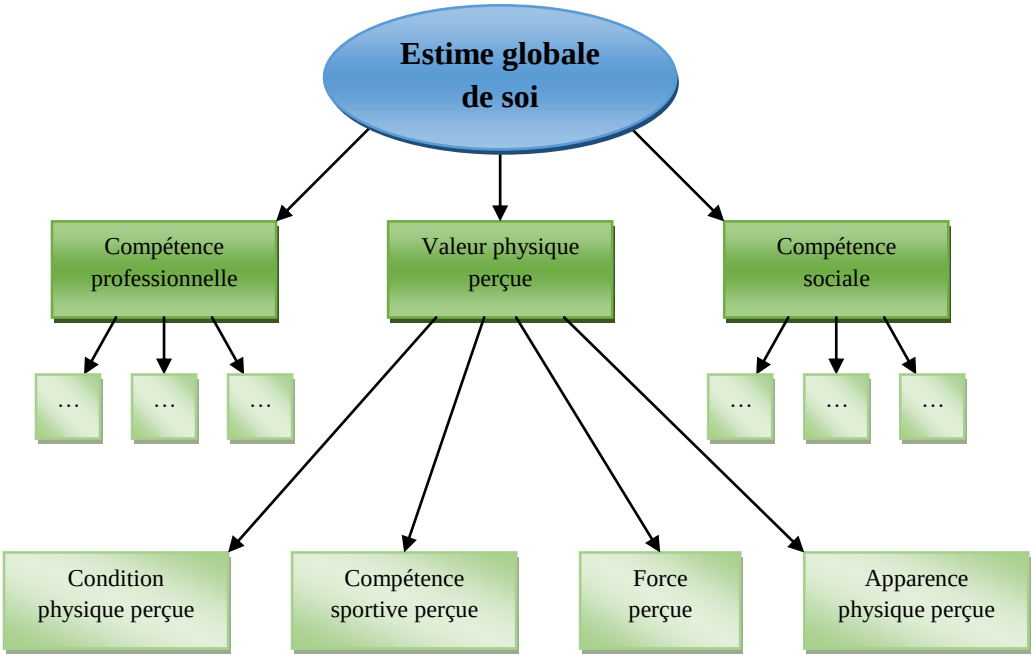


Figure 7 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi

Marsh et Shavelson (1985) ont voulu tester et valider la structure hiérarchique du soi. Leurs travaux vont faire ressortir les relations qui existent entre la perception de soi et les sous domaines qui peuvent y être associés. Par exemple, si un individu

accorde beaucoup d'importance au domaine de la force physique et qu'il bat son record en soulevé de terre, cela va renforcer le domaine ciblé mais également la valeur physique perçue et donc l'estime de soi globale. Ainsi, l'estime de soi globale varie en fonction de l'importance que nous accordons aux tâches que nous effectuons et donc aux sous-domaines auxquels elles sont associées. C'est ce que nous expliquait Harter (1998).

En conséquent, en plus de l'évaluation globale de l'estime de soi, les individus s'évaluent également de façon spécifique dans divers domaines qui influencent le sentiment global de leur propre valeur.

2.3. L'apparition de l'estime de soi dans le domaine corporel

Bien que le concept d'estime de soi prenne une place importante dans les travaux en psychologie, c'est aussi un concept qui prend toute sa place dans les Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). L'estime de soi est un concept qui, selon la littérature récente, est devenu une variable déterminante du point de vue de l'engagement d'un individu dans une pratique physique (Coleman et Iso-Ahola, 1993), du point de vue d'un indicateur de bonne santé, de bonne qualité de vie et de bien-être (Brown et Frankel, 1993) et du point de vue du sentiment que chacun porte à son corps. C'est ce que Fox (1998) appelle la valeur physique perçue.

Plus tard Fox et Corbin (1989) vont valider un modèle hiérarchique qui associe l'estime de soi au soi physique : le Physical Self-Perception Profile (PSPP). Ce modèle distingue trois niveaux hiérarchiques : d'abord l'estime de soi globale (ESG), qui correspond au niveau général, puis la valeur physique perçue, qui correspond au niveau du domaine physique et enfin la compétence sportive, la condition physique, l'apparence physique et la force, qui correspondent aux quatre sous domaines spécifiques de la valeur physique perçue. La valeur physique perçue (VPP) renvoie à un sentiment général de fierté, de satisfaction, de respect de soi et de confiance dans le soi physique (Fox et Corbin, 1989). Selon ces auteurs, la valeur physique perçue peut-être décomposée en quatre sous-domaines :

- La condition physique ou endurance (E) → correspond à la perception qu'a un individu de sa condition physique, de sa forme, et de sa capacité à maintenir des efforts d'endurance.
- La compétence sportive (CS) → correspond à la capacité qu'a un individu à apprendre de nouvelles habilités, à la confiance qu'il porte dans le monde sportif, et à la perception qu'il a de ses aptitudes physiques.
- La force physique (F) → correspond au développement musculaire d'un individu, et à la confiance qu'il a en lui lors de situation nécessitant de la force.
- L'apparence physique perçue (A) → correspond à l'auto-évaluation de l'individu concernant son attrait physique, ainsi que sa capacité à conserver un corps séduisant.

Ces auteurs précisent que le soi physique est en fait la résultante de la valeur physique perçue et des quatre sous-domaines qui en découlent.

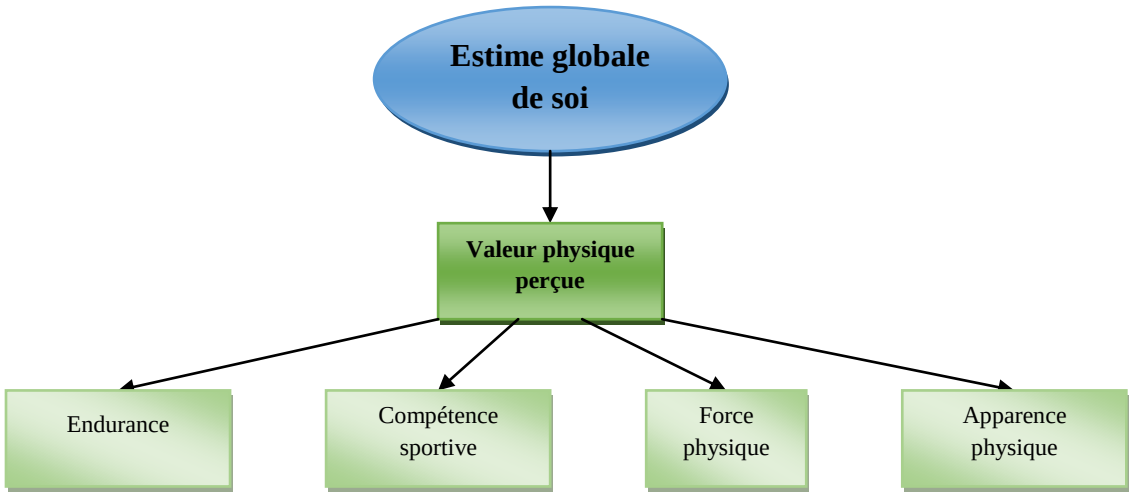


Figure 8 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel (Fox et Corbin, 1989)

Ce modèle hiérarchique permet donc d'identifier les relations entre l'estime de soi globale et les perceptions du domaine de compétence physique.

Tout comme la satisfaction de vie, ce modèle hiérarchique peut être interprété selon les deux approches (inductive et déductive) que sont le « Bottom-Up » et le

« Top-Down ». En effet, selon l'approche inductive (Bottom-up), l'estime de soi est influencée par la façon dont un individu perçoit ses compétences dans un sous-domaine dans lequel il accorde de l'importance à la réussite. Plus l'individu va réussir dans un sous-domaine auquel il accorde de l'importance, plus la valeur physique perçue sera renforcée et par conséquent l'estime globale de soi. Une performance en soulevé de terre à charge lourde chez un praticien de bodybuilding augmente le niveau du sous-domaine force, qui accroît ensuite la valeur physique perçue puis l'estime globale de soi. Toute évolution de niveau d'un sous-domaine, qu'elle soit croissante ou décroissante, peut modifier le niveau d'une dimension située plus haut dans la hiérarchie. En revanche, selon l'approche déductive (Top-Down), le niveau d'estime de soi dépend de l'humeur (Brown, 1998). L'humeur fluctue généralement selon les événements quotidiens, elle est donc bien plus sensible que l'auto-évaluation de ses compétences. Ainsi, un événement négatif affecte davantage l'estime globale de soi qu'un domaine ou un sous-domaine associé. L'estime de soi évoluerait donc de façon ascendante selon les perceptions de ses compétences dans divers domaines et de façon descendante selon les événements de vie rencontrés puisque des ressentis négatifs à haut niveau du modèle hiérarchique affecteraient les sous-domaines qui le composent.

Si un individu se considère compétent et que celui-ci a confiance en lui, son engagement dans la pratique physique sera plus stable qu'un individu n'ayant pas confiance en lui et se trouvant incompétent (Roberts, Kleibert et Duba, 1981). Dans leur étude sur 143 collégiens et collégiennes (compétiteur et non-sportif) en classe de 4e et 5^{e}, Roberts et al. (1981) ont pu montrer que le sentiment de compétence physique obtenue est supérieur chez les jeunes qui pratiquent une activité sportive en compétition comparés aux jeunes non-sportifs. Ainsi, dans le contexte scolaire, les jeunes compétiteurs persévèrent davantage lors d'un effort physique, sont plus confiant vis-à-vis de leur réussite et s'attribuent rarement un échec à la différence des jeunes non-sportifs. Les résultats montrent donc que la perception de ses compétences physiques a une influence importante sur la participation et la motivation des enfants dans le contexte sportif.

Au-delà des compétences perçues, des auteurs comme Harter (1998) ou Biddle et Goudas (1994) affirment que la construction et l'évolution de l'estime de

soi dépend également de la perception que l'on a de son corps. En effet, selon Biddle et Goudas (1994), le développement de la valeur physique perçue contribuerait au renforcement de l'estime de soi. Dans cette étude notamment, les auteurs ont utilisé le PSPP de Fox et Corbin (1989) sur une population de jeunes britanniques allant de 12 à 14 ans.

Ils montrent que le domaine physique est généralement survalorisé chez les jeunes et de ce fait, celui-ci a un impact important sur l'estime de soi. Il semblerait alors que l'âge soit une variable importante de l'explication de l'estime de soi. Ainsi, les % de variances expliquées sont plus importants chez les jeunes de 12 ans, que chez ceux de 14 ans, dans la prédiction de l'estime de soi par la valeur physique perçue. De même, le sexe semble influencer la perception de la valeur physique perçue. Ainsi, les auteurs ont montré que le principal prédicteur de la valeur physique perçue est attribué à la condition physique chez les garçons, alors qu'elle est attribuée à l'esthétique corporelle chez les filles. Les auteurs concluent notamment que ces données pourrait refléter un processus de différenciation de l'estime de soi au fur et à mesure que les enfants se développent

CHAPITRE 3 : La pratique physique : un outil au service du bien-être ?

Comme vu précédemment, le bien-être subjectif et l'estime de soi sont des concepts larges qui peuvent tous deux être influencés par l'état psychologique d'un individu, sa santé physique, son âge et son sexe, son niveau d'indépendance, ou encore ses relations sociales et l'interaction qu'il a avec son environnement. A l'heure actuelle, de nombreux chercheurs ont travaillé sur l'impact positif que pourrait avoir la pratique physique sur ces deux concepts. (e.g., Brown & Franket, 1993 ; De Moor et al., 2006 ; Galper et al., 2006).

Brown et Frankel (1993) et Melin et coll. (2003) ont travaillé sur l'impact de la pratique physique de loisir sur la satisfaction de vie. La première étude porte sur 685 individus (actifs et non actifs) et la deuxième étude porte sur 2 533 (actifs et non actifs). Dans les deux cas les sujets sont âgés de 18 à 64 ans et les auteurs ont utilisé le Medical Outcome Study Short Form (SF-36)[12]. Ces deux études montrent que les individus qui participent aux activités de loisir ont un score significativement plus élevé que les non actifs et qu'il existe une corrélation positive entre la pratique d'une activité de loisir et la satisfaction de vie ($r=0,17$; $p<.001$). De plus, lorsque la pratique d'une activité physique régulière dépasse les 6 mois, le bien-être subjectif et la satisfaction de vie s'améliorent davantage.

D'autres auteurs comme De Moor et coll. (2006) orientent leur étude sur les liens entre la pratique physique, l'anxiété, la dépression et la personnalité. Ces auteurs considèrent que l'anxiété, la dépression et la personnalité sont des facteurs qui peuvent influencer le bien-être subjectif. L'étude porte sur 19 288 individus âgés de 10 à plus de 60 ans. De 1991 à 2002, les auteurs ont suivi ces individus grâce à des questionnaires portant sur l'anxiété, la dépression, la personnalité et la pratique physique. Les résultats de l'étude révèlent que les individus qui pratiquent régulièrement une activité physique avec une certaine intensité sont moins anxieux, moins dépressifs, et plus extravertis que les non sportifs et ce, quel que soit l'âge et le sexe. Ces différences entres les sportifs et les non sportifs sont constantes sur les 11 années de suivi. Ainsi, la pratique

[12] La SF-36 est un outil développé par Ware et Sherbourne (1992) à partir du Medical Outcom Study (MOS). Cet outil permet d'évaluer la qualité de vie de n'importe quelle population.

physique régulière est positivement corrélée avec le niveau de bien-être subjectif (résultant du score des différents facteurs étudiés).

C'est également ce qu'ont constaté Galper et coll. (2006) dans leur étude. Celle-ci porte sur une population composée de 5 451 hommes et 1 277 femmes âgés de 28 à 88 ans sans pathologies. Les auteurs démontrent que le niveau de pratique physique est positivement corrélé avec le niveau de bien-être et inversement corrélé avec le niveau de dépression chez les hommes comme chez les femmes.

Dans le cadre de leur méta-analyse portant sur 36 recherches expérimentale Netz et coll. (2005) soulignent également un effet positif faible mais significatif de l'exercice physique sur le bien-être. Cette analyse porte sur une population de plus de 55 ans sans pathologies qui est soumise à des programmes d'activités physiques qui s'inscrivent dans la durée et où l'on mesure 11 dimensions du bien-être. Les chercheurs ont par la suite comparé cette population « active » à une population non active. Les écarts les plus importants entre ces deux populations se situent au niveau du sentiment de compétence. Vient ensuite le niveau psychologique sur l'anxiété, le bien-être général, l'efficacité perçue, et enfin la perception de soi. Les auteurs déclarent que les résultats ne sont pas liés au sexe mais que d'autres facteurs peuvent intervenir dans la variation des résultats. D'une part, la pratique physique à intensité plus modérée semble être plus efficace sur le bien-être que l'exercice à forte intensité. D'autre part, l'augmentation de la fréquence de la pratique agirait positivement sur l'efficacité personnelle et sur l'anxiété. Netz et coll. (2005) concluent donc que les effets de l'activité sur l'efficacité personnelle induisent un sentiment de maitrise de soi qui influence positivement le bien-être des individus.

D'autres auteurs sont plus nuancés quant à la corrélation significativement positive entre le niveau de bien-être et la pratique physique. En effet, Lotan et coll. (2005), dans une revue bibliographique sur l'activité physique et le bien-être, sont d'accord pour dire que la littérature montre des effets positifs entres ces deux dimensions mais qu'il manque de preuves scientifiques. Les auteurs expliquent cela par le manque de consensus sur la définition de ce qu'est le bien-être, et par le fait que les méthodologies d'expérimentation sont très diverses, tant au point de

vue des populations choisies, qu'au niveau de l'effectif choisi et qu'au niveau des outils mobilisés.

Ce constat a sollicité notre attention notamment par rapport aux outils mobilisés dans le cadre de notre recherche. En effet, de nombreuses études ont été menées sur l'impact de la pratique physique sur l'estime de soi. Or dans certaines études les outils mobilisés ne mesurent qu'une estime de soi globale, tandis que dans d'autres études les outils mobilisés pour mesurer l'estime de soi sont spécifiquement associé au domaine corporel. En voici l'exemple.

Boujut et Décamps (2012) ont mené une recherche afin d'établir les liens possibles entre l'intensité de la pratique sportive et diverses caractéristiques psychologiques telles que la perception de soi et de son corps, la personnalité, et également l'état de détresse émotionnelle. Cette recherche a été effectuée sur un échantillon de 1053 étudiants de première année composé de 381 garçons et 690 filles. Les participants ont ensuite été répartis en trois groupes suivant leur intensité de pratique physique. Le premier groupe, composé de 386 étudiants, correspondait à ceux ayant une pratique sportive intensive (au moins 8 heures par semaine). Le deuxième groupe, composé de 173 étudiants, correspondait à ceux ayant une pratique sportive modérée (n'excédant pas 7 heures par semaine). Enfin, le troisième groupe, composé de 494 étudiants, correspondait à ceux ayant une pratique sportive très rare ou occasionnelle (moins d'une heure par semaine). Quatre questionnaires leur ont été soumis : l'échelle de Névrosisme du NEO-PI-R pour évaluer le névrosisme, le Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) pour évaluer l'estime de soi globale, le Questionnaire d'Image du Corps (QIC) pour évaluer la satisfaction perçue vis-à-vis de son propre corps, et enfin le GHQ-12, questionnaire auto-administré, qui mesure le pôle inverse d'une bonne santé mentale, et utilisé pour détecter la détresse émotionnelle (Hardy, Shapiro, Haynes, Rick, 1999). L'analyse des données issues des questionnaires a pu montrer que seule l'estime de soi n'avait pas de différence significative par rapport à la fréquence de la pratique sportive contrairement au névrosisme, à l'image du corps et à la détresse émotionnelle. En effet, plus la fréquence de pratique sportive d'un étudiant est élevée, moins ce dernier est sujet à des facettes du névrosisme, plus son image corporelle est meilleure, et moins il est touché par la détresse émotionnelle. Ce

qui montre bien que des étudiants ayant une pratique sportive occasionnelle sont ceux qui sont le plus touchés par des facettes du névrosisme comme l'anxiété et la dépression, et sont également ceux dont l'image corporelle est négative et qui sont plus sujets à la détresse émotionnelle.

Dans cette étude, seule l'image du corps semble être associée à la pratique sportive et l'estime de soi ne varie pas entre les différents groupes classés selon leur fréquence de pratique sportive. Boujut et Décamps (2012) pensent que cette observation résulte du fait que seule l'estime de soi physique est liée à la pratique sportive. Or l'outil de Rosenberg évalue une estime de soi globale et non physique.

Cazenave, Peultier et Lefort (2008) ont également étudié le concept d'estime de soi au travers de la pratique physique mais n'ont pas mobilisé les mêmes outils. Leur étude s'est faite sur un public adolescent atteint de la maladie du « pied bot [13]» et donc considéré comme handicapé. Leur objectif était donc de déterminer si la pratique sportive avait une réelle influence positive sur l'estime de soi chez les adolescents en situation de handicap. Deux groupes d'adolescents ont participé à cette étude et chacun d'entre eux étaient atteints de la maladie du pied de bot. Le groupe 1, d'une moyenne d'âge de 12 ans, était composé de 4 filles et 5 garçons n'ayant jamais pratiqué de sport. Le groupe 2, d'une moyenne d'âge de 12.3 ans, était composé de 4 filles et 6 garçons pratiquant un sport régulièrement au sein d'un club. Concernant les participants à l'étude, les auteurs précisent notamment que l'âge et le sexe ne sont pas des facteurs discriminants, n'influençant pas directement les résultats. Dans cette étude, Cazenave et ses collègues (2008) ont fait le choix d'utiliser non seulement l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSES) mais également l'Inventaire du Soi Physique (ISP) contrairement à Boujut et Décamps (2012). Comme expliqué auparavant, le RSES est utilisé pour évaluer l'estime de soi globale. L'Inventaire du Soi Physique (Ninot, Delignières et Fortes, 2000), qui est la validation française du Physical Self-Perception Profile (Fox et Corbin, 1989), est quant à lui utilisé pour l'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel.

[13] La pathologie du pied bot correspond à une malformation du pied (concerne 1 enfant sur 1000) qui peut-être responsable d'une incapacité motrice parfois sévère. Cette pathologie est considérée par le sens commun comme un handicap.

Un des résultats de cette étude est en contradiction avec le résultat proposé dans l'étude de Boujut et Décamps (2012). En effet, bien que l'échelle de mesure soit la même dans les deux études (cf. le RSES), et contrairement à Boujut et Décamps (2012) qui n'avaient pas constaté de différences d'estime de soi entre des étudiants pratiquant de manière fréquente une activité physique et ceux pratiquant de manière occasionnelle, Cazenave et al. (2008) ont montré que le groupe 2 (pratiquants réguliers) présentait un niveau plus élevé sur l'estime de soi globale évaluée par le RSES que le groupe 1 (non pratiquants). De plus grâce à l'ISP, ces auteurs ont constaté que le groupe 2 avait un niveau plus élevé que le groupe 1 non seulement au niveau de l'estime globale de soi mais également au niveau de la valeur physique perçue et au niveau de la compétence perçue. En revanche, les résultats des analyses n'ont pas montré de différence entre ces deux groupes concernant les sous-échelles de condition physique, d'apparence physique et de force.

Les résultats de cette étude montrent donc clairement que la pratique sportive joue un rôle dans la variation de l'estime de soi des adolescents atteints de la pathologie du pied de bot. En effet, l'estime de soi est plus élevée chez les adolescents qui pratiquent une activité physique. De plus, la valeur physique et la compétence perçue sont plus positives chez les pratiquants réguliers. Cette relation entre l'estime de soi et l'apparence physique avait déjà été mise en évidence par Thornton et Rickman (1991) chez les adolescents non handicapés.

Au travers des diverses études explicitées précédemment, nous pouvons dire que la pratique d'une activité physique influence positivement l'estime de soi et le bien-être subjectif. C'est d'ailleurs ce qu'expose le National Institute of Mental Health (1987) dans sa publication qui fait état d'un consensus sur les bienfaits de l'activité physique sur la santé mentale. Fox (1999) affirme également que l'on a des preuves suffisantes pour avancer que la pratique d'une activité physique peut agir positivement sur le bien-être des individus au niveau de l'estime de soi et au niveau de l'état psychologique (émotions, stress, anxiété…). Lawlor et Hopker (2001), mettent également en avant l'importance des facteurs psychologiques tels que le regard positif des autres, la rencontre avec ces derniers, l'apprentissage de nouvelles habilités, l'augmentation de pensées positives et l'abandon des pensées

négatives, pour expliquer les évolutions sur le bien-être apportées par l'activité physique.

Nous constatons ainsi que de façon générale, l'accent est mis sur la régularité et la continuité de la pratique physique pour que celle-ci influence de façon positive le bien-être subjectif et l'estime de soi. De plus, le recensement de ces quelques études menées sur l'impact de la pratique physique sur les deux variables que nous étudions nous ramène également au profil de notre public quant aux situations de vulnérabilité auxquelles il est soumis. Au-delà d'agir positivement sur le bien-être subjectif et l'estime de soi, la pratique physique semble également influencer positivement certains facteurs relatifs aux situations de vulnérabilité.

L'absence de situation de vulnérabilité, une bonne estime de soi et une bonne satisfaction de sa vie seraient des facteurs étroitement lié au bien-être général d'un individu.

CONCLUSION CADRE THEORIQUE

Lorsqu'un individu a de plus en plus de mal à s'adapter et s'intégrer à son environnement cela le pousse parfois à s'isoler davantage et donc à renforcer sa vulnérabilité. C'est dans ces situations qu'il est important de trouver des stratégies permettant de créer ou recréer des liens sociaux pour rompre l'isolement car comme le disaient Hammond et Romney (1996), « *l'estime de soi est positivement corrélée à l'intégration scolaire, professionnelle, et à l'intégration sociale en général*. ». L'estime de soi étant également une composante du bien-être, nous pouvons supposer que cette dernière variable est également positivement corrélée aux différentes formes d'intégration.

En effet, la satisfaction de vie et l'estime de soi constituent des ressources qui peuvent influencer la perception de menaces et la façon d'affronter les difficultés soit de façon positive, soit de façon négative. Ces deux variables jouent un rôle sur la capacité d'ajustement d'un individu à faire face aux difficultés quotidiennes (Rector et Roger, 1997). Par exemple, une estime de soi élevée va renforcer le bien-être d'un individu puisque qu'une bonne estime de soi induit un regard positif sur soi. Regard qui rend un individu plus apte à lutter contre des situations de vie menaçantes.

Comme nous l'expliquions précédemment, le DIPS est un dispositif sportif à vocation d'intégration sociale et dont l'objectif majeur est de favoriser le bien-être et l'épanouissement des individus y prenant part. Ces créneaux sportifs ont vocation à remobiliser et redynamiser les individus en marge de la société, construire ou reconstruire des liens sociaux mais également de contribuer au bien-être physique et psychologique (renforcer l'estime de soi et la confiance en soi, diminuer le niveau d'anxiété, participer à l'amélioration de la qualité de vie).

L'estime de soi et la perception positive de soi et de sa vie sont essentielles pour le bien-être psychologique et le développement des individus (Rosenberg, 1965). Nous pourrions donc émettre l'hypothèse que la pratique d'une activité physique pourrait permettre d'augmenter l'estime de soi en agissant à la fois comme un support psychologique et social et à la fois comme un facteur influençant

positivement le bien-être et la satisfaction de vie. D'autant plus que nous savons qu'une mauvaise estime de soi engendre de la vulnérabilité.

Différents outils d'évaluation du DIPS ont été mis en place dès sa création : un livret de suivi pour les bénéficiaires sur format papier, des outils en ligne (questionnaires de satisfaction, suivi des séances) à destination des travailleurs sociaux (cf. annexe 9) et des éducateurs sportifs (cf. annexe 8), et une enquête de satisfaction sur l'impact de la pratique sportive toujours à destination des travailleurs sociaux et des éducateurs sportifs. Concernant le livret de suivi (cf. annexe 10) il en est ressorti que celui-ci n'était pas adapté pour les bénéficiaire car trop contraignant à remplir et ciblant uniquement l'évolution physique de chacun. Pour ce qui est de l'enquête de satisfaction nous avons pu observer que les résultats sont très positifs et encourageants.

Néanmoins, nous pouvons constater que les résultats de l'impact de la pratique physique sur les bénéficiaires émanent simplement des observations des travailleurs sociaux et des éducateurs sportifs. Qu'en est-il du ressenti des bénéficiaires eux-mêmes ?

Ainsi, l'originalité de la présente recherche est qu'elle se porte directement sur les perceptions et ressentis des bénéficiaires et non sur une observation des acteurs qui les accompagnent ou sur l'évaluation de leur évolution physique.

Apres avoir vu ces différents aspects, la problématique qui se pose est comment évolue la satisfaction de vie et l'estime de soi dans le cadre de ce dispositif ? La pratique sportive influence-t-elle le niveau d'estime de soi et la satisfaction de vie chez les personnes bénéficiaires du DIPS ? Nous nous attendons à ce que d'une part, la pratique d'une activité physique augmente le niveau d'estime de soi chez les bénéficiaires du DIPS et d'autre part, qu'elle améliore leur satisfaction de vie.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE

1. Participants

Les données de cette recherche s'intéressent à l'impact d'un dispositif tel que le Dispositif d'Inclusion Par le Sport d'Indre et Loire et du Loiret (DIPS 37 et DIPS 45) sur l'évolution du niveau d'estime de soi et de la satisfaction de vie des bénéficiaires. Il s'agira donc de sélectionner un échantillon d'usagers, nouveaux sur ce dispositif, venant de différentes structures sociales. Notons que, bien que le DIPS soit ouvert à l'ensemble des établissements sociaux de la région, tous n'y participent pas forcément.

Au total, 41 bénéficiaires venant d'Indre-et-Loire et du Loiret ont pris part à cette étude. Cet échantillon est composé de 9 femmes et 32 hommes.

2. Les instruments de mesure

Notre étude s'intéresse à deux variables dépendantes : l'estime de soi et la satisfaction de vie chez un public en situation de vulnérabilité. Il sera donc nécessaire d'utiliser plusieurs instruments de mesures sans que ces derniers mettent en difficulté les individus qui seront amenés à les remplir. En effet, lors de notre recherche, nous nous sommes aperçus que de nombreux outils de mesures pertinents pour cette étude sont à notre disposition mais qu'au vue des caractéristiques particulières du public, il n'était pas pertinent de sélectionner trop d'outils au risque que les résultats émanant de ces derniers soient faussés par la non compréhension des questions ou simplement faussés à cause de leur aspect trop contraignant à remplir. Ainsi, afin de simplifier la passation des questionnaires et en adéquation avec les caractéristiques du public nous avons choisi l'Echelle de Satisfaction de Vie et l'Inventaire du Soi Physique.

2.1. Echelle de Satisfaction de Vie

Bon nombre d'instruments de mesure existent afin d'évaluer les composantes affectives du bien-être subjectif mais très peu peuvent évaluer adéquatement la satisfaction de vie en tant que processus cognitif-évaluatif tel que l'a défini Diener (1984). Afin de pallier ce manque, Diener et ses collègues (1985) ont développé un questionnaire évaluant la satisfaction globale de la vie : Satisfaction With Life Scale (SWLS). Le SWLS a été traduit et validé en français par Blais et al. (1989) ce qui a donné lieu à l'Echelle de Satisfaction de Vie (ESV). Cet outil est très rapide à administrer, et peut-être utilisé avec différents groupes d'âges. Il comprend 5 items qui amènent le sujet à porter une évaluation globale de sa satisfaction de vie. Le répondant indique sur une échelle de likert allant de 1 (« Fortement en désaccord ») à 7 (« Fortement en accord ») à quel point il est en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Le score total de satisfaction de vie est l'addition de l'ensemble des scores obtenus à chaque item. Le score total peut donc varier entre 5 et 35. Cette échelle de satisfaction de vie permet d'évaluer la dimension cognitive du bien-être subjectif d'un individu en laissant la possibilité aux répondants de pondérer leurs émotions et d'accorder l'importance qu'ils veulent aux différents domaines de la vie. C'est-à-dire que l'évaluation de la satisfaction découle de la comparaison entre la situation actuelle de l'individu et ce qu'il considère comme étant une situation souhaitable. L'échelle permet donc de mesurer la satisfaction par rapport à la vie actuelle.

Lors de la validation en français du SWLS, Blais et al. (1989) ont pu constater que cet outil est corrélé positivement et de façon modérée à élevée avec différents instruments évaluant le bien-être subjectif, ainsi qu'avec certaines caractéristiques de la personnalité, dont l'estime de soi. Dans cette étude, la consistance interne de l'outil de mesure est satisfaisante avec un α de Cronbach de 0.80, identique à celui obtenu par Blais et ses collègues (1989) lors de la validation en Français de l'outil.

2.2. L'estime de soi : Inventaire de soi Physique

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Fox et Corbin (1989). Comme nous l'avons vu précédemment, ces auteurs ont créé le Physical Self-Perception Profile qui est le premier instrument hiérarchique reliant l'estime de soi à la dimension corporelle. Cet outil a par la suite était traduit et validé en français par Ninot et al. (2000) ce qui a donné lieu à l'Inventaire du Soi physique (ISP-25). Quelques années après, Maïano et al. (2008) ont constaté que l'ISP-25 était un instrument qui « *présentait quelques éléments de confusion et qui était difficile à manier en raison de sa longueur* » (p.834), en particulier lorsqu'il est utilisé en combinaison avec d'autres instruments. Ainsi, Maïano et al. (2008) ont adapté et réduit de moitié l'ISP-25 pour donner lieu à l'ISP-12 qui en est la version courte.

Afin de simplifier la passation des questionnaires, et en adéquation avec les caractéristiques du public, nous avons fait le choix d'administrer ce dernier outil. L'ISP-12 conserve la structure multidimensionnelle et hiérarchique de l'ISP-25. Par conséquent, il est composé de 12 items qui permettent de mesurer 6 dimensions de l'estime de soi : l'estime de soi globale, la valeur physique perçue, l'endurance, la compétence sportive, la force et l'apparence perçue. Le répondant indique sur une échelle de likert allant de 1 (« pas du tout ») à 6 (« tout à fait ») à quel point il est en accord ou en désaccord avec chaque énoncé. Il comprend 2 items pour chacune des 6 dimensions. Le score total de chaque dimension varie alors entre 2 et 12. Dans cette étude, l'étude de la consistance interne des 6 dimensions révèle des niveaux acceptables (cf. tableau 3).

	α de Cronbach
Estime de soi globale (ESG)	.67
Valeur Physique Perçue (VPP)	.47
Endurance (E)	.77
Compétence Sportive (CS)	.77
Force (F)	.81
Apparence (A)	.81

Tableau 3 : Analyse de la consistance interne (α de Cronbach) de l'Inventaire du Soi Physique

3. Protocole expérimentale

Apres accord des délégués départementaux suite à la présentation de l'objet d'étude et de la méthodologie du recueil de données, nous nous sommes rendus sur les créneaux dédiés au DIPS. Il a ensuite fallu présenter l'étude et les questionnaires aux différents travailleurs sociaux présents aux séances. Cette phase était inévitable car de toute évidence, les travailleurs sociaux étaient les plus à même de savoir ce qui pouvait ou non être fait par leurs usagers. En effet, certaines questions pouvaient être inappropriées au regard des parcours de vie de quelques bénéficiaires. Il était donc important de prendre un compte, d'une part, l'avis des travailleurs sociaux, et d'autre part, l'avis des bénéficiaires eux-mêmes. Lorsqu'il a fallu présenter l'enquête à ces derniers, nous avons fait le choix, après avoir expliqué l'objet de la recherche et la façon dont celle-ci aller procéder, d'insister sur le caractère non-obligatoire et anonyme des questionnaires pour ne pas brusquer les bénéficiaires.

Les participants ont complété le l'Echelle de Satisfaction de Vie de Blais et al. (1989) et la version courte de l'Inventaire du Soi Physique de Maïano et al. (2008). Les deux questionnaires ont été administrés à 41 bénéficiaires du DIPS d'Indre-et-Loire et du Loiret n'ayant encore jamais participé au DIPS. Les questionnaires ont été distribué à raison de 3 fois par personne à environ un mois d'intervalle entre chaque sur la période d'octobre 2017 à mars 2018.

Tous les individus interrogés n'ont pas répondu aux trois temps de l'étude. Le nombre de répondants à T1 est de 41 individus, 23 individus pour T2, et 14 individus pour la troisième et dernière passation.

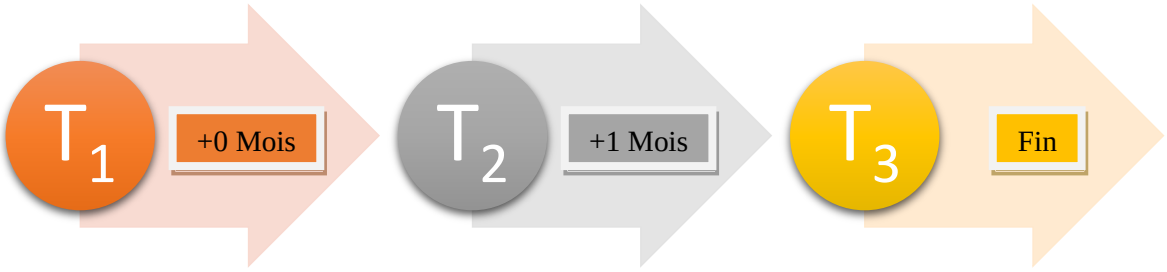


Figure 9 : Déroulement de la passation des questionnaires par personne

Toutes les séances étaient généralement organisées selon le même schéma. Une fois que les bénéficiaires et les travailleurs sociaux avaient émargé sur la feuille de présence, la séance démarrait par un échauffement collectif, se poursuivait par des ateliers éducatifs souvent à l'approche ludique, puis par une phase de jeu collectif et un temps d'étirements et de récupération lors duquel des retours sur la séance ou des informations susceptibles d'intéresser les bénéficiaires étaient abordées. La distribution des questionnaires se faisant au moment même des séances, nous profitions des temps de pauses ou des temps des matchs pour solliciter ceux qui n'étaient pas en pleine pratique. Notre intérêt n'était pas d'empêcher la pratique des bénéficiaires, bien au contraire.

PARTIE 3 : RESULTATS

La collecte des données comprenait trois passations à intervalle d'environ un mois entre chaque questionnaire. Les résultats vont donc être présentés de manière successive à savoir, le traitement des résultats de l'Inventaire du Soi Physique puis le traitement des résultats de l'Echelle de Satisfaction de vie.

1. Analyse de l'Estime de Soi

1.1. Analyse des niveaux d'Estime de Soi en T1

La première passation s'est faite sur un total de 41 individus.

	Moyenne	Ecart-type
EGS-T1	4,182927	1,548209
VPP-T1	4,402439	1,184375
E-T1	3,329268	1,502539
CS-T1	4,365854	1,274874
A-T1	3,621951	1,461080
F-T1	3,743902	1,441015

Tableau 4 : Moyenne des dimensions de l'ES en T1 (n=41)

L'échelle de mesure de l'Inventaire du Soi Physique se base sur une échelle de likert allant de 1 à 6. Les statistiques descriptives (cf. tableau 4) montrent que l'ensemble de la population étudiée présente un niveau d'estime de soi moyen, voir élevé quelle que soit la dimension mesurée (moyenne allant d'environ 3,3 à 4,4).

1.2. Analyse de l'évolution des dimensions de l'Estime de Soi entre T1 et T2

La deuxième passation s'est faite sur un total de 23 individus.

	Moyenne	Ec-Type	t	dl	p
EGS-T1	3,804348	1,412116			
EGS-T2	3,847826	1,647552	-0,27171	22	**0,788380**
VPP-T1	3,978261	1,201119			
VPP-T2	4,108696	1,033051	-0,86115	22	**0,398446**
E-T1	3,086957	1,578637			
E-T2	3,239130	1,468375	-0,86343	22	**0,397219**
CS-T1	4,173913	1,353520			
CS-T2	4,326087	1,211767	-0,92423	22	**0,365394**
A-T1	3,413043	1,497363			
A-T2	3,391304	1,573621	0,11778	22	**0,907313**
F-T1	3,565217	1,539660			
F-T2	3,478261	1,102459	0,52605	22	**0,604116**

Tableau 5 : Moyenne des dimensions de l'ES entre T1 et T2 (n=23)

Les analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 5) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux d'Estime de Soi entre T1 et T2, quelles que soient les dimensions de l'ES.

1.3. Analyse de l'évolution des dimensions de l'Estime de Soi entre T1, T2 et T3

La troisième passation s'est faite sur un total de 14 individus.

	Moyenne	Ec-Type	N	Différ.	Ec-Type	t	dl	p
EGS-T1	3,857143	1,460092						
EGS-T2	4,071429	1,685426	14	-0,21429	0,870771	-0,92077	13	**0,373939**
VPP-T1	4,071429	1,384768						
VPP-T2	4,142857	1,099450	14	-0,07143	0,895655	-0,29840	13	**0,770116**
E-T1	3,178571	1,647926						
E-T2	3,321429	1,659554	14	-0,14286	1,008208	-0,53017	13	**0,604931**
CS-T1	4,178571	1,600567						
CS-T2	4,214286	1,281740	14	-0,03571	0,745868	-0,17916	13	**0,860573**
A-T1	3,500000	1,427747						
A-T2	3,500000	1,605280	14	0,00000	0,940540	0,00000	13	**1,000000**
F-T1	3,607143	1,521368						
F-T2	3,500000	1,000000	14	0,10714	0,880965	0,45506	13	**0,656573**

Tableau 6 : Evolution des dimensions de l'ES entre T1 et T2 (n=14)

Les analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 6) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux d'ES au T1 et ceux au T2, quelles que soient les dimensions de l'ES.

	Moyenne	Ec-Type	N	Différ.	Ec-Type	t	dl	p
EGS-T2	4,071429	1,685426						
EGS-T3	4,035714	1,512312	14	0,03571	0,819575	0,16305	13	**0,872987**
VPP-T2	4,142857	1,099450						
VPP-T3	4,428571	1,465726	14	-0,28571	0,934680	-1,14376	13	**0,273350**
E-T2	3,321429	1,659554						
E-T3	3,428571	1,328057	14	-0,10714	1,112492	-0,36035	13	**0,724369**
CS-T2	4,214286	1,281740						

CS-T3	4,000000	0,898717	14	0,21429	0,726273	1,10397	13	**0,289622**
A-T2	3,500000	1,605280						
A-T3	3,500000	1,467599	14	0,00000	0,733799	0,00000	13	**1,000000**
F-T2	3,500000	1,000000						
F-T3	3,500000	1,240347	14	0,00000	0,438529	0,00000	13	**1,000000**

Tableau 7 : Evolution des dimensions de l'ES entre T2 et T3 (n=14)

Les analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 7) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux d'ES au T2 et ceux au T3, quelles que soient les dimensions de l'ES.

	Moyenne	**Ec-Type**	**N**	**dl**	**p**	**t**	**dl**	**p**
EGS-T1	3,857143	1,460092						
EGS-T3	4,035714	1,512312	14	-0,17857	0,868401	-0,76941	13	**0,455406**
VPP-T1	4,071429	1,384768						
VPP-T3	4,428571	1,465726	14	-0,35714	0,718668	-1,85942	13	**0,085744**
E-T1	3,178571	1,647926						
E-T3	3,428571	1,328057	14	-0,25000	0,849208	-1,10151	13	**0,290650**
CS-T1	4,178571	1,600567						
CS-T3	4,000000	0,898717	14	0,17857	0,845967	0,78981	13	**0,443807**
A-T1	3,500000	1,427747						
A-T3	3,500000	1,467599	14	0,00000	0,733799	0,00000	13	**1,000000**
F-T1	3,607143	1,521368						
F-T3	3,500000	1,240347	14	0,10714	0,764062	0,52468	13	**0,608634**

Tableau 8 : Evolution des dimensions de l'ES entre T1 et T3 (n=14)

Les analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 8) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux d'ES au T1 et ceux au T3, quelles que soient les dimensions de l'ES. Toutefois, la dimension VPP semble s'améliorer au seuil de significativité .10, passant de 4,07 à 4,43 (t(13)=1,85, p= ;08). Les activités physiques mises en place dans le DIPS semblent améliorer une dimension de l'estime de soi qui est la Valeur Physique Perçue.

2. Analyse de la Satisfaction de Vie

Comme dans le questionnaire précédent, lors de la première passation les individus sont au nombre de 41, puis 23 pour la deuxième passation et enfin 14 pour la dernière et troisième passation.

2.1. Analyse du niveau de SV en T1 (n=41)

	Moyenne	Ecart-type
EGS-T1	3,792683	1,454715

Tableau 9 : Moyenne de la SV en T1 (n=41)

L'échelle de mesure de la Satisfaction De Vie se base sur une échelle de Likert allant de 1 à 7. Les statistiques descriptives (cf. tableau 9) montrent que l'ensemble de la population étudiée présente un niveau satisfaction de vie moyen (moyenne d'environ 3,7).

2.2. Analyse de l'évolution du niveau de SV entre T1 et T2 (n=23)

	Moyenne	Ec-Type	N	dl	p	t	dl	p
SdV-T1	3,843478	1,517122						
SdV-T2	4,121739	1,445670	23	-0,278261	1,216163	-1,09730	22	**0,284377**

Tableau 10: Evolution de la SV entre T1 et T2 (n=23)

Les résultats des analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 10) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux de SV en T1 et T2.

2.3. Analyse de l'évolution du niveau de SV entre T1, T2 et T3 (n=14)

	Moyenne	Ec-Type	N	dl	p	t	dl	p
SdV-T1	4,157143	1,704616						
SdV-T2	4,128571	1,454134	14	0,028571	1,120047	0,095446	13	**0,925416**

Tableau 11 : Evolution de la SV entre T1 et T2 (n=14)

Les résultats des analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 11) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux de SV en T1 et T2.

	Moyenne	Ec-Type	N	dl	p	t	dl	p
SdV-T1	4,128571	1,454134						
SdV-T2	4,457143	1,567808	14	-0,328571	0,574361	-2,14047	13	**0,051850**

Tableau 12 : Evolution de la SV entre T2 et T3 (n=14)

Les résultats des analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 12) montrent une augmentation significative du niveau de satisfaction de vie entre les mesures T2 et T3 ($p<.05$).

	Moyenne	Ec-Type	N	dl	p	t	dl	p
SdV-T1	4,157143	1,704616						
SdV-T2	4,457143	1,567808	14	-0,300000	0,869129	-1,29152	13	**0,219015**

Tableau 13 : Evolution de la SV entre T1 et T3 (n=14)

Finalement, les résultats des analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 13) ne montrent pas d'évolution significative entre T1 et T3.

DISCUSSION

L'originalité de cette étude repose d'abord sur le fait qu'il s'agit de la première recherche scientifique dans le champ de la psychologie sur ce dispositif mais également sur la fait que cette étude se base sur les perceptions et ressentis des bénéficiaires et non sur une observation des acteurs qui les accompagnent ou sur l'évaluation de leur évolution physique. Cette étude visait à démontrer l'impact d'un dispositif tel que le DIPS sur l'estime de soi et la satisfaction de vie des individus prenant part à ce dernier.

L'analyse des niveaux d'Estime de Soi en T1 (cf. tableau 4) montrent que l'ensemble de la population étudiée présente un niveau d'estime de soi moyen voir élevé quelque soit la dimension mesurée. Au vue du profil « vulnérable » de notre public composé d'individus en situation d'isolement ou d'exclusion, en situation sociale et psychologique (voire psychiatrique) préoccupante, demandeurs d'asiles, victimes de violence, confrontées à des addictions, ou encore à faible niveau de ressources, nous nous attendions à ce que les niveaux d'Estime de Soi soient plus faibles. Nous pourrions expliquer ce résultat par le fait que l'outil que nous mobilisons pour mesurer l'estime de soi dans les cadres de notre étude est associé au domaine physique. Ainsi les individus peuvent avoir une bonne estime d'eux-mêmes dans le champ de la pratique physique mais pour autant, avoir une estime d'eux-mêmes plus faible concernant le domaine social, professionnel, etc. Il serait donc intéressant d'analyser le niveau d'estime de soi global de cette population pour confirmer ou infirmer les résultats obtenus dans cette étude.

Aucunes différences significatives n'est relevée sur les niveaux d'ES que ce soit entre T1 et T2 pour la deuxième passation, et entre T1 et T2, T2 et T3 et T1 et T3 pour la troisième passation. Toutefois, la dimension VPP semble s'améliorer au seuil de significativité .10 entre T1 et T3, passant de 4,07 à 4,43 ($t(13)=1,85$, $p= ;08$). Les activités physiques mises en place dans le DIPS semblent améliorer une

dimension de l'estime de soi qui est la Valeur Physique Perçue. Nos résultats concordent avec les travaux de Biddle et Goudas (1994) qui affirment que la construction et l'évolution de l'estime de soi dépend en partie de la perception que l'on a de son corps et donc de la Valeur Physique Perçue. Nos résultats montrent que la VPP varie significativement mais faiblement ce qui pourrait expliquer que l'EGS n'évolue pas encore. De plus, les activités physiques mises en place dans le cadre du DIPS sont avant tout, des activités ludiques qui ne nécessitent pas un gros effort physique où même d'avoir des aptitudes en termes de force et les individus ne sont pas mis en situation de compétition constante. Cela expliquerait donc pourquoi les dimensions E, CS et F n'évoluent pas significativement. En revanche une activité physique régulière permet le maintien d'une certaine hygiène de vie et de gagner confiance en soi ce qui expliquerait l'évolution de la VPP puisque comme avaient pu le souligner Fox et Corbin (1989), la Valeur Physique Perçue renvoie à un sentiment général de fiertés, de satisfaction, de respect de soi et de confiance en soi.

Nos résultats concernant l'évolution de la VPP entre T1 et T3 sont également confirmés par l'étude de Cazenave, Peultier et Lefort (2008). En effet, ces auteurs ont montré que les individus pratiquant une activité physique régulière avaient non seulement un niveau d'estime de soi plus élevé que les non pratiquants mais également une augmentation de la Valeur Physique Perçue ainsi qu'une augmentation de la Compétence Perçue. De plus, ils ont également constaté qu'entre les pratiquants et les non pratiquants, les sous-échelles d'Endurance, d'Apparence physique et de Force n'évoluaient pas.

D'autre part, comme avait pu le souligner Cooley (1902), l'estime d'un individu augmente dans la mesure où les autres portent une haute opinion de lui et inversement, l'estime d'un individu diminuerait dans la mesure où les autres portent une faible opinion de celui-ci. Nous n'avons pas mis d'outils en place pour mesurer l'impact du regard d'autrui sur chaque individu. Nos résultats ne montrent ni d'évolution positive, ni d'évolution négative de l'estime de soi, et nous pouvons supposer que soit les bénéficiaires n'accordent qu'une très faible importance au regard que portent les autres individus présents sur la séance, soit que la part de « bonne » opinion n'est pas suffisamment forte pour augmenter l'estime de soi et

que la part de « mauvaise » opinion n'est pas non plus conséquente d'où le fait que l'estime de soi ne diminue pas non plus. Il serait alors intéressant, dans de futures recherches, d'évaluer d'autres variables telles que la comparaison sociale, l'engagement ou encore la confiance en soi pour peut-être obtenir d'avantage de résultats sur l'impact du DIPS sur les bénéficiaires.

L'analyse du niveau de Satisfaction de Vie en T1 (cf. tableau 9) montre que l'ensemble de la population étudiée présente un niveau de satisfaction de vie moyen (moyenne d'environ 3,7 sur une échelle allant de 1 à 7). Ces résultats sont en concordance avec ceux de Labbe et al. (2007) qui avaient démontré le lien existant entre la vulnérabilité et le bien-être. Leurs résultats ont montré que plus les conditions d'emploi sont défavorables, plus les risques de vulnérabilité sociale et d'inégalité de santé sont élevés. Or, nous avons pu voir que les situations de vulnérabilité, la précarité de l'emploi ainsi qu'une mauvaise santé font partie des facteurs qui influencent négativement la satisfaction de vie. Au vue du profil du public étudié, cela explique le niveau de satisfaction de vie moyen.

L'OMS (2012) avait également recensé un certain nombre de facteurs préjudiciables au bien-être et donc à la satisfaction de vie (cf. tableau 1). Une majorité de ces facteurs touchent le public que nous étudions ce qui confirme de nouveau le niveau moyen de satisfaction de vie.

Par la suite, les résultats de notre étude ne montrent aucune différence significative quant à l'évolution du niveau de Satisfaction de Vie quelque soit les temps de passation hormis entre T2 et T3 où les résultats montrent une augmentation significative du niveau de satisfaction de vie ($p<.05$). Nos résultats rejoignent divers travaux comme ceux de Brown et Frankel (1993) ainsi que de Melin et coll. (2003) qui avaient démontré l'impact positif de la pratique physique de loisir sur la satisfaction de vie. Ces auteurs avaient également mentionné que lorsque la pratique d'une activité physique régulière dépassait les 6 mois, la satisfaction de vie s'améliorait davantage. Cela pourrait donc expliquer le fait que dans le cadre de notre étude, il n'y ait pas majoritairement d'évolution significative de la satisfaction de vie puisque l'étude s'est faite sur un intervalle de deux mois et que la régularité de certains pratiquants est parfois faible.

Nos résultats confirment également les travaux de De Moor et coll. (2006). Ces auteurs ont montré que la pratique d'une activité physique régulière et un minimum intensive est positivement corrélée avec le niveau de bien-être subjectif. Sur les deux créneaux sur lesquels nous avons distribué les questionnaires, seul l'un d'entres eux nécessitait pour les pratiquants de maintenir une certaine intensité tout le long de la séance. Ce créneau n'était composé que de demandeurs d'asile. A contrario, le deuxième créneau, majoritairement composé d'individu d'origine française et en situation de grande précarité sociale et professionnelle, était beaucoup moins intensif ce qui pourrait expliquer que la satisfaction de vie n'augmente pas de manière significative.

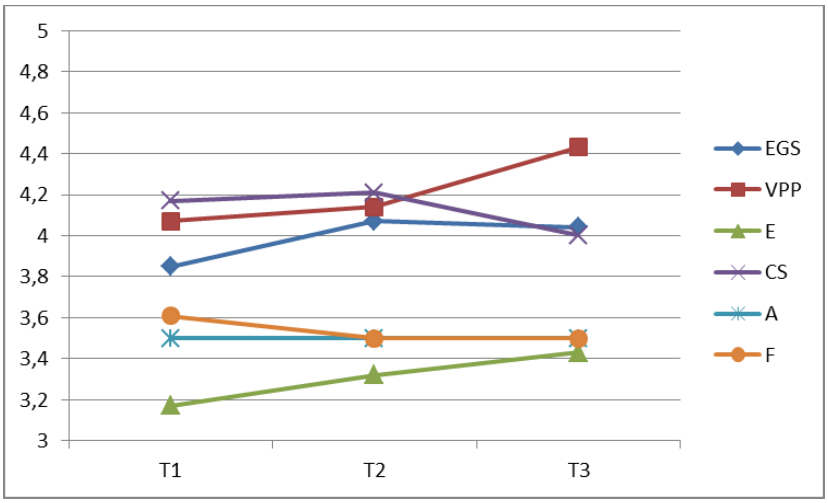
Bien que cette étude apporte une contribution aux travaux portant sur l'impact de la pratique physique sur le niveau d'estime de soi et le niveau de satisfaction de vie, il n'en demeure pas moins que d'autres étapes devront être mises en œuvre pour obtenir des résultats plus significatifs. Comme avait pu le souligner Lotan et coll. (2005) dans leur revue de littérature sur l'activité physique et le bien-être, le manque de consensus sur la définition du bien-être, et la diversité méthodologique d'expérimentation (effectif choisi, outils mobilisés, populations choisis, etc.) induisent parfois des résultats plus nuancés quant à la corrélation significativement positive entre le niveau de bien-être, dont l'estime de soi et la satisfaction font partis, et la pratique physique.

1. Les limites

Suite aux analyses de cette étude, trois grandes limites nous apparaissent.

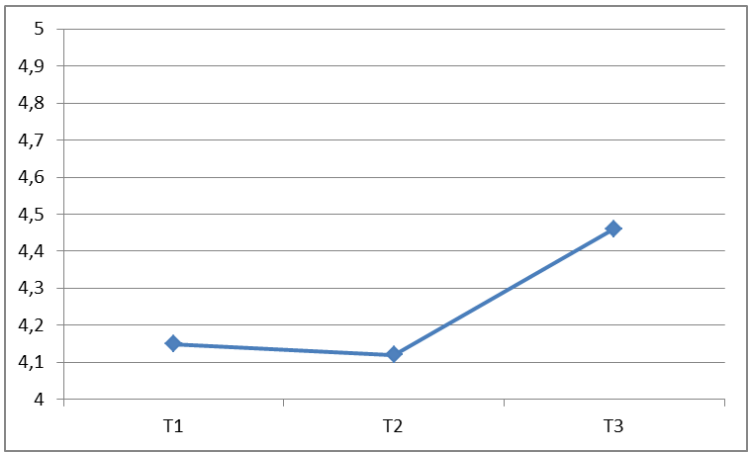
La première est liée au nombre d'individus ayant pris part à cette étude. En effet, la première passation regroupe 41 individus tandis que la dernière passation n'en regroupe que 14. Ce dispositif n'est pas à caractère obligatoire, la présence des bénéficiaires étant facultative, il est parfois difficile pour certains d'être assidus et réguliers dans leur pratique. Il a donc été difficile de mesurer une évolution tant du point de vue de l'estime de soi que du point de vue de la satisfaction de vie puisque le nombre de répondants, au final reste très faible.

La deuxième limite est quant à elle liée à la durée du recueil de données quelque soit la variable étudiée. En voici la preuve. Les analyses de student sur échantillons appariés (cf. tableau 8) ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux d'ES au T1 et ceux au T3, quelques soient les dimensions de l'ES. Toutefois, la dimension VPP semble s'améliorer au seuil de significativité .10, passant de 4,07 à 4,43 ($t(13)=1,85$, $p= .08$). Le temps de recueil entre T1 et T3 est peut-être trop faible pour voir apparaitre une évolution des différents domaines. Les résultats obtenus sur toutes les dimensions de l'ES, même si ils ne sont pas significatifs, montrent toutefois une tendance vers l'amélioration (cf. graphique 1). Il serait intéressant de mener l'étude de façon plus longitudinale pour faire émerger des évolutions significatives de certaines variables de l'ES.



Graphique 1 : Représentation graphique de l'évolution entre T1, T2 et T3 de l'ES (n=14)

De la même manière pour la Satisfaction de Vie, les résultats des analyses de student sur échantillons appariés ne montrent pas de différences significatives entre les niveaux de SV en T1 et T2. Puis les résultats montrent une augmentation significative du niveau de satisfaction de vie entre les mesures T2 et T3 ($p<.05$). Pour finalement ne plus montrer d'évolution significative entre T1et T3. Il n'y a donc pas de différence statistique. Toutefois, les chiffres semblent montrer une évolution dans le bon sens (cf. graphique 2). Il aurait peut-être donc fallu que l'étude dure plus longtemps pour que les prémisses de cette augmentation soit significatifs.



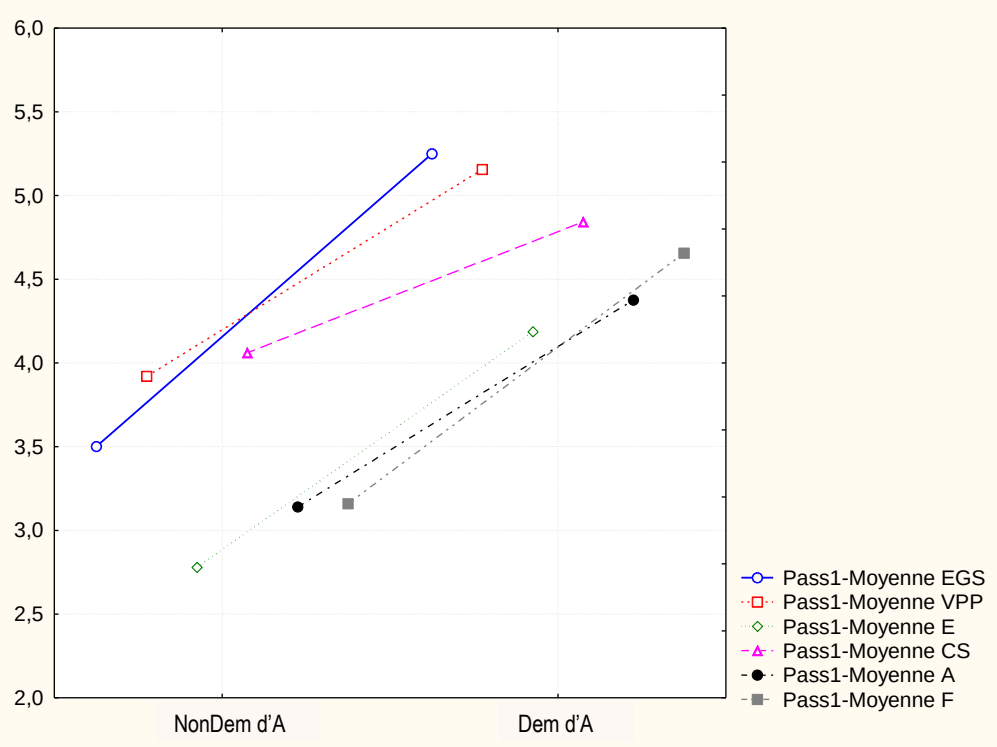
Graphique 2 : Représentation graphique de l'évolution de T1 àT3 de la SV (n=14)

Enfin, la troisième et dernière grande limite est liée à l'étude d'une population composée de deux groupes non distincts. En effet, cette étude s'est faite sur les bénéficiaires du DIPS dans leur ensemble. Or, un des créneaux n'était constitué que de demandeurs d'asile. Suite à l'analyse des résultats, nous avons pu constater que dès la première passation des questionnaires, les demandeurs d'asile ont de façon générale un niveau d'estime de soi et de satisfaction de vie plus élevé que chez les non demandeurs d'asile. Il serait donc sûrement intéressant pour des études futures de mesurer l'impact que peut avoir l'origine culturelle sur les variables étudiées.

2. Perceptives de recherche

L'un des créneaux sur lesquels nous nous sommes rendus n'était composé que de demandeurs d'asiles. Il nous semblait donc intéressant de croiser les résultats entre « non demandeurs d'asile » et « demandeurs d'asile » afin de voir si, en fonction de la culture, les résultats de l'influence de la pratique physique sur les deux variables que nous étudions allaient être différents.

L'origine culturelle des répondants semblent avoir une influence sur le niveau d'ES exprimé, quelles que soient les dimensions de l'ES ($F(6, 34)=4,8263$, $p<.001$).



Graphique 3 : Représentation graphique de l'ES en T1 en fonction de l'origine culturelle (n=14)

Les résultats univariés (cf. graphique 3) montrent que, lors de la première passation, l'estime de soi globale des demandeurs d'asile est de base plus élevée que celle des non demandeurs d'asiles quelque soit la dimension. En revanche dans cette étude il est difficile de réaliser les analyses statistiques car il n'y a pas assez de répondants en T3 (6 demandeurs d'asile vs. 8 non demandeurs d'asile).

2.1. Analyse des résultats de l'évolution de l'ES entre T1 et T3 en fonction de l'origine culturelle

Les résultats univariés des tests de student pour la population de non demandeurs d'asile ne montrent aucune différence significative entre T1 et T3, quelles que soient les dimensions. Toutefois, Les résultats des analyses univariés de la population de demandeurs d'asile (cf. tableau 14) montrent une augmentation significative de VPP ($p<.001$), alors que dans le même temps, on observe une diminution significative de CS ($p<.01$) et F ($p<.05$).

Evolution chez les demandeurs d'asile entre T1 et T3

	Moyenne	Ec-Type	N	Différ.	Ec-Type	t	dl	p
EGS-T1	4,833333	0,875595						
EGS-T3	4,750000	1,172604	6	0,08333	0,664580	0,30715	5	**0,771112**
VPP-T1	4,916667	0,376386						
VPP-T3	5,750000	0,418330	6	-0,83333	0,258199	-7,90569	5	**0,000521**
E-T1	4,666667	0,930949						
E-T3	4,666667	0,408248	6	0,00000	0,774597	0,00000	5	**1,000000**
CS-T1	5,416667	0,491596						
CS-T3	4,583333	0,376386	6	0,83333	0,516398	3,95285	5	**0,010820**
A-T1	4,250000	1,332291						
A-T3	4,583333	1,068488	6	-0,33333	0,516398	-1,58114	5	**0,174688**
F-T1	4,833333	0,752773						
F-T3	4,416667	0,491596	6	0,41667	0,376386	2,71163	5	**0,042194**

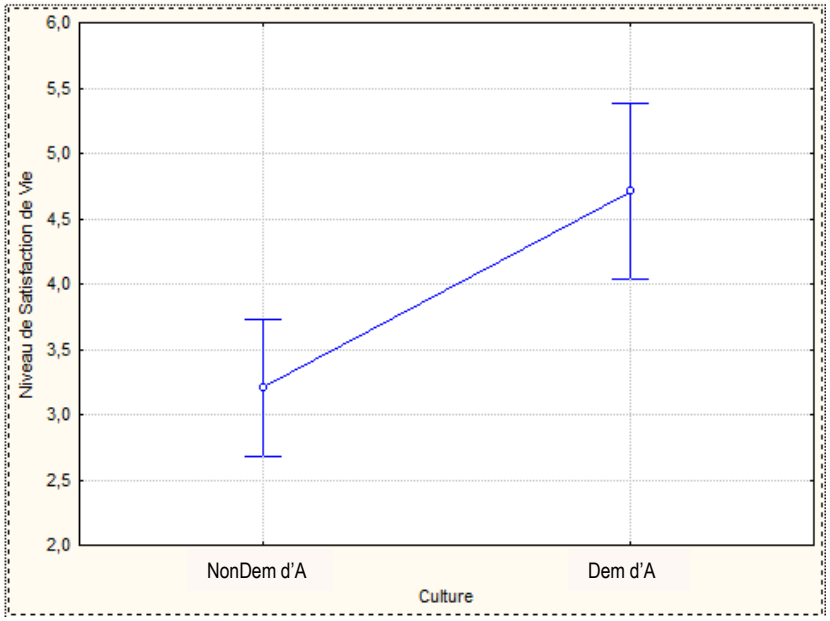
Tableau 14 : Evolution des dimensions de l'ES entre T1 et T3 des demandeurs d'asile (n=6)

Nous pouvons alors nous poser la question de savoir si dans des études futures il est toujours pertinent de distribuer les questionnaires aux non demandeurs d'asile puisque le DIPS semble plus intéressant et approprié pour les demandeurs d'asiles.

D'autre part, le créneau constitué uniquement de demandeurs d'asile est dédié à la pratique du futsal tout au long de l'année sous forme de tournoi. Cela pourrait expliquer la diminution significative de la Compétence Sportive et de la Force. En effet, la pratique de tournoi ne laisse pas place à des ateliers pour travailler la technique ce qui pourrait expliquer l'évolution à la baisse de la dimension de la Compétence Sportive. De plus, la pratique du futsal ne nécessite pas spécialement de la force d'où la diminution de la dimension Force.

En ce sens il apparait intéressant pour la suite de réaliser d'autres études comparant une population de demandeurs d'asile et de non demandeurs d'asile.

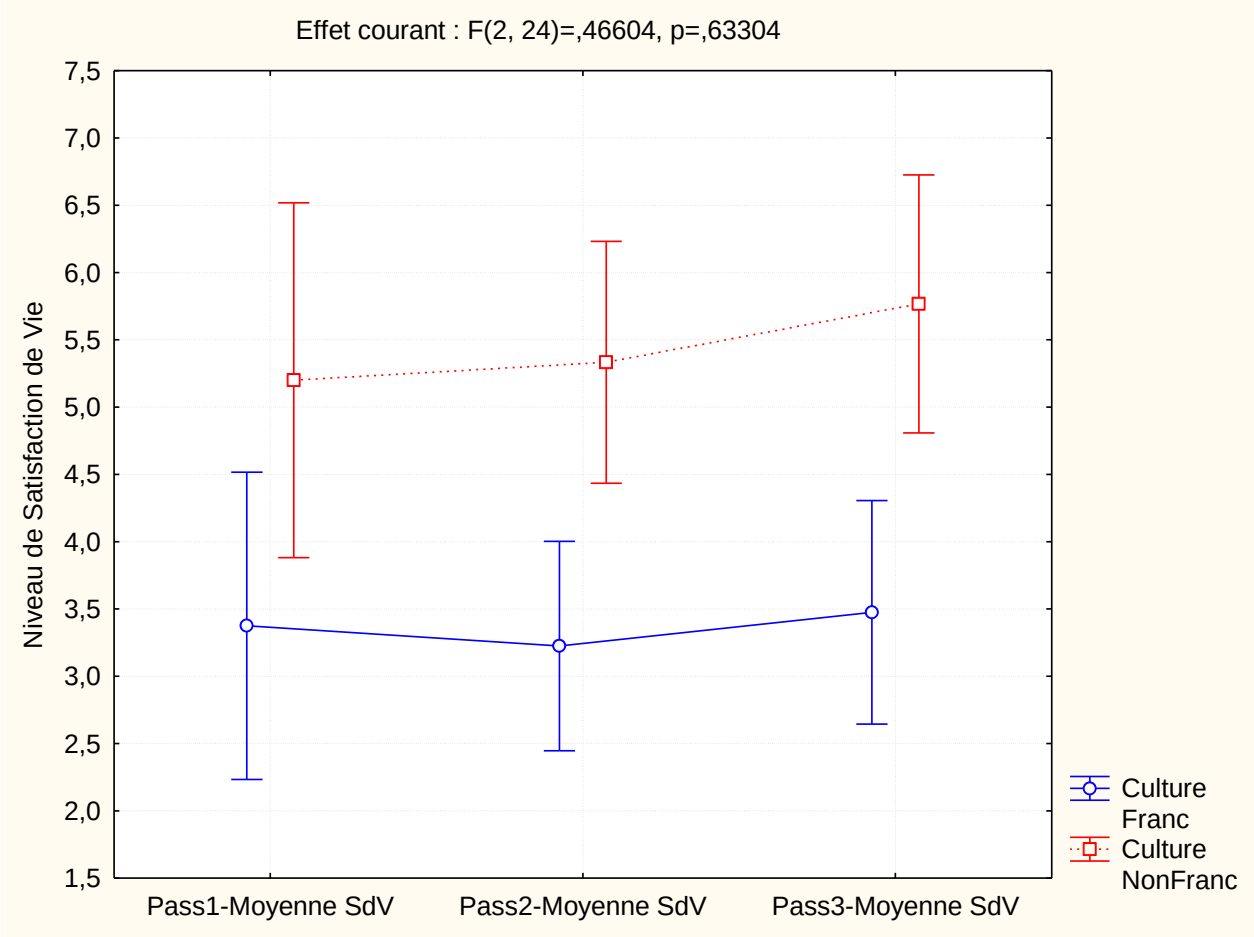
2.2. Analyse du niveau de SV en fonction de l'origine culturelle



Graphique 4 : Représentation graphique de la SV en T1 en fonction de l'origine culturelle (n=14)

Au travers de ce tableau, nous constatons que lors de la première passation, la moyenne des non demandeurs d'asile est de 3,2 tandis que la moyenne des demandeurs d'asile est de 4,7 (sur une échelle allant de 1 à 7).

Encore une fois, la culture semble influencer le niveau de Satisfaction de Vie à l'entrée dans le programme et cela pourrait être lié à la culture. En revanche, en termes d'évolution, la culture ne semble pas avoir d'influence puisque comme le montre les résultats dans le tableau ci-dessous, la droite des non demandeurs d'asile et la droite des demandeurs d'asile n'évoluent pas même si la droite des demandeurs d'asile est au dessus de la droite des Français. La culture semble influencer le niveau de Satisfaction de Vie mais pas l'augmenter.



Graphique 5: Représentation graphique de la SV en T1, T2 et T3 en fonction de l'origine culturelle (n=14)

Ainsi, nous constatons que sur les 14 répondants finals, le dispositif DIPS ne permet pas l'évolution de la satisfaction de vie et de l'estime de soi (sauf pour la valeur physique perçue des demandeurs d'asiles). Il semblerait donc pertinent de mettre en place une étude supplémentaire avec davantage de monde pour aboutir sur une discussion sur : Pourquoi il y a cette différence entre ces deux populations ? Et pourquoi ne pas s'intéresser d'avantage aux demandeurs d'asile.

Nous pourrions alors déboucher sur une nouvelle problématique qui serait : l'influence culturelle sur l'évolution de l'Estime de Soi et de la Satisfaction De Vie dans le cadre d'une prise en charge sportive au sein du DIPS.

CONCLUSION

La littérature a souligné le rôle de l'estime de soi et de la satisfaction de vie comme de bonnes ressources personnelles pouvant limiter les situations de vulnérabilité. Ainsi, les différentes études réalisées sur les bénéfices psychologiques qu'apporte la pratique d'une activité physique et sportive montrent que l'estime de soi et la satisfaction de vie s'améliore dès lors qu'un individu pratique une activité de façon régulière. Plus cette pratique se pérennise et plus elle est fréquente, plus le bien-être d'un individu augmente de façon positive.

En se posant la question des répercussions psychologiques positives ou négatives potentiellement générées par une pratique physique et sportive sur un public dit « vulnérable » nous avons orienté notre recherche sur le Dispositif d'Inclusion sociale Par le Sport mit en place dans la région Centre qui accueille des personnes en situation de vulnérabilité. Notre étude s'intéresse à l'influence de la pratique physique sur l'estime de soi et la satisfaction de vie du public prenant part au DIPS. Le rôle des dispositifs à vocation d'insertion sociale par le sport dans l'amélioration du bien-être des individus reste peu étudié.

Notre étude a révélé que sur une période de 2 mois, l'estime de soi ne montre pas d'évolution significative quelles que soient les dimensions de l'ES. Toutefois, entre T1 et T3, la dimension VPP semble s'améliorer au seuil de significativité .10. Les activités physiques mises en place dans le DIPS semblent donc améliorer une dimension de l'estime de soi qui est la Valeur Physique Perçue. La satisfaction de vie quant à elle n'évolue pas non plus de manière significative hormis entre T2 et T3 où les résultats montrent une augmentation significative du niveau de satisfaction de vie ($p<.05$).Notre recherche a également permis de mettre en évidence que l'estime de soi et la satisfaction de vie n'évoluent pas de manière significative mais que les résultats montrent une tendance vers l'amélioration.

Comme nous l'avons précisé, un des créneaux du DIPS était uniquement composé de demandeurs d'asile. Nos résultats montrent que des différences apparaissent entre les non demandeurs d'asile et les demandeurs d'asile. En effet, nos résultats

ont révélé que lors de la première passation, l'estime de soi globale des demandeurs d'asile est de base plus élevée que celle des non demandeurs d'asiles quelque soit la dimension et de même pour la satisfaction de vie. D'autre part, nous avons également pu constater que les résultats portant sur la population de demandeurs d'asile montrent une augmentation significative de la Valeur Physique Perçue ($p<.001$), alors que dans le même temps, on observe une diminution significative de la Compétence Sportive ($p<.01$) et de la Force ($p<.05$) ce qui n'était pas le cas dans l'analyse des résultats portant sur les non demandeurs d'asile.

La principale limite de cette revue se trouve sur le temps trop restreint des passations de questionnaires. Cela demeure difficile d'obtenir plus de résultats significatifs dans la mesure où pour chaque individu, l'évaluation ne s'opère que sur 2 mois. Hors, 2 mois ne semblent pas suffisant pour mesurer une évolution de nos variables étudiées. C'est d'ailleurs ce qu'avait pu mettre en avant Brown et Frankel (1993) et Melin et coll. (2003) dans leur étude. Pour eux, le bien-être subjectif et la satisfaction de vie s'améliorent davantage dès lors que la pratique d'une activité physique régulière dépasse les 6 mois.

Ainsi ce travail n'a pas la prétention d'être une réponse en soi aux bénéfices de la pratique physique sur des variables psychologiques d'individu en situation de vulnérabilité, mais s'inscrit comme un stimulant pour développer davantage d'études portant sur des dispositifs d'insertion mais dont l'objet de rechercher n'est pas l'intégration en elle-même mais bien les bénéfices psychologiques que peuvent apporter les activités physiques et sportives. Il serait pertinent de développer et poursuivre cette étude sur le DIPS sur du plus long terme mais également en tenant compte de l'origine culturelle des individus dans la mesure de l'estime de soi et de la satisfaction de vie.

BIBLIOGRAPHIE

Allport, F. H. (1935). "Attitudes" in Handbook of social psychology, Clark University Press, *cité par* Ghiglione R. & Bromberg M. in "Cours de psychologie" tome 1, Dunod, 1992.

André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en Soins Infirmiers, 82*(3), 26-30.

André, C. & Lelord, F. (2002). L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris: Odile Jacob.

Andrews, F. M., & McKennell, A. C. (1980). Measures of self-reported well-being. *Social Indicators Research, 8*, 127-156

Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality. New York : Plenum Press.

Bandura, A. (2003). Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle, Paris, Éditions De Boeck.

Becquet, V. (2012). Les « jeunes vulnérables » : essai de définition. *Agora débats/jeunesses, 62*(3), 51-64.

Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 168*(3), 184-190.

Berkman, P. L. (1971a). Life stress and psychological well-being: A replication of Langer's analysis in the midtown Manhattan study. *Journal of Health and Social Behavior, 12*, 35-45.

Biddle, S. & Goudas, M. (1994). Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance, 2-3*, 135-144.

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française de « Satisfaction With Life Scale ». *Revue Canadienne de Sciences Comportementales, 21*(2), 210-223.

Blanton, H., Crocker, J. & Miller, D. T. (2000). The effects of in-group versus out-group social comparison on self-esteem in the context of a negative stéréotype. *Journal of Experimental Social Psychology, 36*, 519-530.

Bolognini, M., Prêteur, Y. (1998). Estime de soi, perspectives développementales, Lausanne, Delachaux & Niestlé, 10-30.

Bouffard, T., Seidah, A., McIntyre, M., Boivin, M., Vezeau, C. & Cantin, S. (2002). Mesure de l'estime de soi à l'adolescence : Validation canadienne française du Self-Perception Profile for Adolescents de Harter. *Revue canadienne des sciences du comportement, 34*, 168-171.

Bouisson, J. & De Boucaud, M. (2003). Processus psychopathologique, sentiment et syndrome de vulnérabilité. *Annales Médico Psychologiques, 161*(7), 491-497.

Boujut, E., & Décamps, G. (2012). Relation entre les émotions négatives, l'estime de soi, l'image du corps et la pratique sportive des étudiants de première année. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *22*(1), 16-23.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales. 31*(1), 2-3.

Bouvard, M. (1999). Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Paris: Masson.

Bowlby, J. (1982). Attachement and loss. New York: Basic Books.

Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.

Branden, N. (1994). The six pillars of self-esteem. New York, NY, England: Bantam Books.

Breda, J. & Goyvaerts, K. (1999). La mesure générale du bien-être : Esquisse d'une approche quantitative. *Santé publique, 11*(2), 103-126.

Brewer, S. S. (2008). Rencontre avec Albert Bandura : l'homme et le scientifique. *L'orientation scolaire et professionnelle, 38*(1).

Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M. & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. Journal of Personality and Social Psychology, 64(4), 646-653.

Brodiez-Dolino, A. (2016). Le concept de vulnérabilité. La Vie des idées, 1-10.

Brown, J. D. (1998). The Self. McGraw-Hill, Boston.

Brown, B. A. & Frankel, B. G. (1993). Activity through the years: leisure, leisure satisfaction and life satisfaction. *Sociology of Sport Journal, 10*, 1-17.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. *Psycho Sup, Paris Dunod*, 1-570.

Bryant, F. B. & Veroff, J. (1982). The structure of psychological wellbeing: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 653-673

Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976). The Quality of American Life. New York, Russel Sage Foundation.

Castel, R. (1991). De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. *Face à l'exclusion, le modèle français*, 137-168.

Cazenave, N., Peultier, A. S. & Lefort, G. (2008). L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied bot. *Annales Médico-Psychologiques, 166*(10), 789-793.

Chambers, R. (1989). Vulnerability, coping and policy. *Institute of Development Studies, 20*(2), 1-7.

Coleman, D. & Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research, 25*, 111-128.

Cooley, C. H. (1902). Human nature and the social order. New York: Charles Scribner & Sons.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco, CA: W.H. Freeman.

Costa, P. T., McCrae, R. R. & Norris, A. H. (1981). Personal adjustment to aging: Longitudinal prediction from neuroticism and extraversion. *Journal of Gerontology, 36*, 78-85

Dagenais-Desmarais, V., Gilbert, M. H., Lebrock, P., Brunet, L. & Savoie, A. (2006). Bien-être psychologique au travail : vers une conceptualisation unifiée du construit. *14ème Congrès de psychologie du travail et des organisations. Communication S-304.*

Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations, 53*(2), 275-294.

Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the litterature. *Journal of Management, 25*(3), 357-384.

De Moor, M. H., Beem, A. L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I. & De Geus, E. J. (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine, 42*, 273-279

De Saint Paul, J. (1999). Estime de soi, confiance en soi : les fondements de notre équilibre personnel et social. Paris, France : InterEditions.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542-575.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 31*, 103-157.

Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal or Research in Personality, 30,* 389-399.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. and Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-76.

Diener, E., & Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), Handbook of Emotions, New York: Guilford Press, 404-415.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press. 63–73.

Diener, E., Sapyta, J. J. & Suh, E. (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry, 9*(1), 33-37.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.

Dolto, F., Dolto, C. & Percheminier, C. (1989). Paroles pour adolescents ou le complexe du homard, *Paris, Hatier*, 13-19.

Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en Soins Infirmiers, 129*, 18-26.

Dubé, L., Kairouz, S. & Jodoin, M. (1997). L'engagement : un gage de bonheur ? *Revue Québécoise de Psychologie, 18*, 211-237.

Durkheim, E. (1893). De la division du travail social. *Les presses universitaires de France,* 1-416.

Eid, M. & Larsen, R. J. (Eds.). (2008). The science of subjective well-being. New York: The Guilford Press.

Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F. Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(1), 138-150.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7,* 117-140.

Fossati, M., Rieker, A. & Golay, A. (2004). Thérapie cognitive en groupe de l'estime de soi chez les patients obèses : un nouvel outil : la fleur de l'estime. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 14*(1), 29-34.

Fox, K. R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness, *Quest*, *40,* 230-246.

Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition, 2*, 411-418.

Fox, K. R. & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self Perception Profile: development and preliminary validation. *Journal of Sports and Exercise Psychology, 11*, 408-430.

Gadefroy, P. & Lollivier, S. (2014). Satisfaction et qualité de vie. *Institut National de la Statistique et des Etudes Économiques, 469-470*, 199-232.

Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L. & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 38*(1), 173-178.

Gosselin, E. (2005). Contribution à une synthèse des connaissances sur la satisfaction dans la vie : regard psychologique sur une réalité plurielle. *Revue de l'Université de Moncton, 36*(2), 131–169.

Greenier, K. D., Kernis, M. H., Mcnamara, C. W., Waschull, S. B., Berry A. J., & coll. (1999). Individual differences in reactivity to daily events: Examining the roles of stability and level of self-esteem. *Journal of Personality, 67*, 185-208.

Greenwald, A. G., Bellezza, E. S. & Banaji, M. R. (1988). Is self-esteem an essential ingredient of the self-concept? *Personality and Social Psychology Bulletin, 14*, 34-45.

Guedeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Médecine & Hygiène, 23*, 129-144.

Hammond, W. A. & Romney, D. A. (1996). Cognitive factors contributing to adolescent depression. *Journal of Youth and Adolescence, 96*(6), 667–683.

Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Haynes, C. E. & Rick, J. E. (1999). Validation of the General Health Questionnaire-12: Using a sample of employees from England's health care services. *Psychological Assessment*, *11*, 159-165.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development, 53*, 87- 97.

Harter, S. (1983). The development of the self-system. In M.Hetherington (Ed.), Handbook of children psychology: Social and personality development. 4, 51-63.

Harter, S. (1988). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A lifespan perspective. In R.J.Strenberg & T.Kolligian (Eds.), Competence considered. New Haven, CT: Yale University, 69-97.

Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R.F. Baumeister (Eds.). Self esteem: the puzzle of low self regard. New York: Plenum Press.

Harter, S. (1998). Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent: considérations historiques, théoriques et méthodologiques. In M. Bolognini, et Y. Prêteur (Eds.), Estime de soi. Perspectives développementales. Lausanne et Niestlé, 57-81.

Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York, Wiley.

Holmes, J. (1993). John Bowlby and the attachment theory, Routledge, London.

Hong, S., Bianca, M. A., Bianca, M. R. & Bollington, J. (1993). Self-esteem: The effects of life-satisfaction, sex, and age. *Psychological Reports, 72*, 95-101.

House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. See Cohen & Syme, 83-108.

James, W. (1892). Psychology: The briefer course. New York: Henry Holt.

Kammann, R. (1983). Objective circumstance, life satisfactions and sense of well-being: consistencies across time and place. *New Zealand Psychologist, 12*, 14-22.

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C., Berry, A. & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1190–1204.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(6), 1007-1022.

Kozma, A. & Stones, M. J. (1980). The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness. *Journal of Gerontology*, 35, 906-912.

Labbe, E., Moulin, J. J., Sass, C., Chatain, C. & Gerbaud, L. (2007). Relations entre formes particulières d'emploi, vulnérabilité sociale et santé. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 68*(4), 365-375.

Lawlor, D. A. & Hopker, S. W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal, 322*, 763-767.

Leary, M. & Baumeister, R. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory . In M. Zanna (dir.), Advances in Experimental Social Psychology, 32. San Diego : Academic Press, 1-62.

Leplat, J. & Hoc, J. M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive, 5*(6), 49-63.

Levin, J. D. (1992). Theories of the self. Washington (DC): Hemisphere Publishing Corporation.

Lobbé, A. (2016). L'estime de soi, (1ère éd : 2014) Paris, France : Leduc. S Editions

Lotan, M., Merrick, J. & Carmeli, E. (2005). A review of physical activity and well-being. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 17*, 23-31.

Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers, 88*, 4-17.

Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being meausres. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(3), 616-628.

Luginbuhl, J., Crowe, D. & KAHAN, J. (1990). Attributions causales de la réussite et de l'échec. In : J.- C. Deschamps & A. Clemence (dir.), L'attribution (161-183). Paris: Delachaux et Niestlé.

Mackie, D. (1984). Social comparison in high- and low-status groups. *Journal of Cross Cultural Psychology, 15*(4), 379-398.

Maïano, C., Morin, A. J. S., Ninot, G., Monthuy-Blanc, J., Stephand, Y., Florente, J. F., Vallee, P. (2008). A short and very short form of the physical self-inventory for adolescents: Development and factor validity. Psychology of Sport and Exercise, 9(6), 830-847.

Major, B., Sciacchitano, A. & Crocker, J. (1993). Ingroup vs. outgroup comparisons and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 19*, 711-721.

Manderson, L. (2005a). The social context of wellbeing. In Manderson, L. (ed.) Rethinking Wellbeing. Perth: API Network, Australia Research Institute, Curtin University of Technology.

Marsh, H. W. & Shavelson, R. (1985). Self-concept: its multifaceted hierarchical structure. *Educational Psychologist, 20*, 107-123.

Martin, C. (1993). Le « risque solitude ». Divorces et vulnérabilité relationnelle. *Revue Internationale d'Action Communautaire, 29*, 69-83.

Martin, C. (2000). Famille et précarité : la protection rapprochée. *Précarisation, risques et santé. Question en santé publique*, 29-45.

Martin, C. (2001). La vulnérabilité relationnelle : une composante de la précarité. *Nouvelles Dimensions de la précarité. Des Sociétés*, 327-346.

Martin, C. (2013). Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. *European Journal of Disability Research, 7*(4), 293-298.

Marty, F. (2010). Adolescence et émotion, une affaire de corps. *Enfances & Psy*, *49*, 40-52.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. & Battaglini, A. (1998a). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'ÉMMBEP. *Revue canadienne de santé publique, 89*(5), 352-357.

Melin, R., Fug-Meyer, F. & Fug-Meyer, A. R. (2003). Life satisfaction in 18 to 64 year-old Swedes: in relation to education, employment situation, health and physical activity. *Journal of Rehabilitation Medecine, 35*, 34-90.

Michalos, A. C. (1983). Satisfaction and happiness in a rural northern resource community. *Social Indicators Research, 13*(3), 225-252.

Miller, M. L. (1980). Adaptation and life satisfaction of the elderly. Thèse de doctorat inédite. Boston, MA: Boston College.

Morse, S. J. & Gergen, K. J. (1970). Social comparison, self-consistency and the concept of self. *Journal of Personality and Social Psychology, 16*, 149-156.

Myers, D. G., et Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du bonheur. *Revue Québécoise de Psychologie, 18*, 13-28.

Netz, Y., Wu, M.J., Becker, B.J. & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological wellbeing in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychol Aging*, (20), 272-284.

Neugarten, B.L., Havighurst, R. & Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontolgy*, *16*, 134-143.

Ninot, G., Delignières, D. & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *S.T.A.P.S., 53*, 35-48.

Ong, A. D. & Allaire, J. (2005). Cardiovascular intraindividual variability in later life: the influence of social connectedness and positive emotions. *Psychology and Aging*, *20*, 476-485.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL).

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Rapport sur la santé dans le monde : travailler ensemble pour la santé.

Organisation Mondiale de la Santé. (2012). Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque.

Ortigues, M. C. & Ortigues, E. (1986). Comment se décide une psychothérapie d'enfant ? *Paris, Denoël*, 2.

Paim, L. (1995). Definitions and measurements of well-being: a revew of literature. *Journal of economic and social measurement, 21,* 297-309.

Perrault, M. (2008). Penser la vulnérabilité, Visages de la fragilisation du social : Une vulnérabilisation qui rend vulnérable au VIH/Sida. *Problèmes Sociaux & Intervention Sociales*, *38*, 149-161.

Prince, P. & Prince, C. (2001). Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious and persistent mental illness. *Clinical Psychology Review, 21*(7), 1005-1036.

Rector, N.A. & Roger, D. (1997). The stress buffering effects of self-esteem. *Personality and Individual Differences, 23*(5), 799-808.

Redersdorff, S. & Martinot D. (2003). Impact des comparaisons ascendantes et descendantes sur l'estime de soi : importance de l'identité mise enjeu. *L'Année Psychologique*, *103*(3), 411-443.

Reich, J. W. & Zautra, A. (1981). Life events and personal causation: some relationships with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 102-112.

Roberts, G. C., Kleiber, D. A. & Duda, J. L. (1981). An Analysis of Motivation in Children's Sport: The Role of Perceived Competence in Participation. *Journal of Sport Psychology*, *3*, 206-216.

Rogers, C. R. (1951). Client Centered Therapy. Boston: Houghton, Mifflin Co.

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

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

Rosenberg, M. (1985). Self-concept and Psychological Well-being in Adolescence. In. R. Leahy (Ed.), The development of the self (pp.205-246) New York : Academic Press.

Rousseau, J., Denis, M. C. & Dubé, M. (1993). L'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique chez les personnes âgées. Rapport de recherche remis au Conseil québécois de la recherche sociale. Université du Québec à Trois-Rivières

Roy, S. (2008). Penser la vulnérabilité, Visages de la fragilisation du social : De l'exclusion à la vulnérabilité, continuité et rupture. *Problèmes Sociaux & Intervention Sociales, 38*, 13-31.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*, 99-104.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.

Ryff, C. D. & Singer, B. (1998a). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In P. T. P. Wong et P. S. Fry (Éds), The human quest for meaning : A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah, NJ : Earlbaum

Saunders, R. (2003). Defining Vulnerability in the Labour Market. *Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques*, 1-22.

Schröder-Butterfill, E. & Marianti, R. (2006). A Framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing and Society, 26*(1), 9-35.

Seligman, M. E. P., Parks, A.C. & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society, Philosophical Transactions: Biological Sciences, 359*, 1379-1381.

Shin, D. C. & Johnson, D. M. (1978). Avowed hapiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, *5*, 475-492.

Soulet, M. H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée Plurielle, 10*, 49-59.

Soulet, M. H. (2006). Penser la vulnérabilité, Visages de la fragilisation du social : La vulnérabilité, un problème social paradoxal. *Problèmes Sociaux & Intervention Sociales*, *38*, 65-87.

Soulet, M. H. (2014). Vulnérabilité et enfance en danger. Quel rapport ? Quels apports ? Vulnérabilité, identification des risques et protection de l'enfance. *Observatoire National de l'Enfance en Danger*, 128-139.

Sticker, H. J. (2003). Approche situationnelle du handicap : les enjeux. *Nouveaux Regards, 23,* 40-43.

Tesser, A. (1988). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology, 21,* 181-227.

Thomas, H. (2010). Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres. *Editions du Croquant, Collection Terra,* 9-256.

Thornton, B. & Ryckman, R. M. (1991). Relationship between physical attractiveness, physical effectiveness, and self-esteem: a cross-sectional analysis among adolescents. *Journal of Adolescence, 14,* 85–98.

TNS Qual+. (2011). Eurobaromètre études qualitatives : le bien-être. Commission européenne, recherche et speechwriting.

Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86,* 320-333.

Vallerand, R. (2006). Les fondements de la Psychologie Sociale (2nd Ed). Montréal, QC : gëatan morin.

Veenhoven, R. (1984). Conditions of happiness. Dordrecht: D. Reidel.

Voyer, P. & Boyer, R. (2001). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec, 26*(1), 274–296.

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology,* 63, 193-210.

Wood, R. & Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on selfregulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(3), 407-15.

ANNEXES

Annexe 1: Table des abréviations 3
Annexe 2 : Table des tableaux, figures et graphiques 5
Annexe 3 : Table des notions 6
Annexe 4 : Table des auteurs 7
Annexe 5 : Table des matières 12
Annexe 6 : Questionnaire Inventaire du Soi Physique 14
Annexe 7 : Questionnaire Echelle de Satisfaction de Vie 15
Annexe 8 : Outil d'évaluation en ligne pour les éducateurs 16
Annexe 9 : Résultats enquête de satisfaction à destination des travailleurs sociaux 17
Annexe 10 : Livret suivi Individuel 18

ANNEXES

Annexe 1: Table des abréviations

A	Apparence physique perçue
BCBT	Bien dans son Corps, Bien dans sa Tête
BES	Bien-être subjectif
CADA	Centres d'Accueil pour Demandeur d'Asile
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CS	Compétence Sportive
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion sociale et de la Protection des Populations
DIPS	Dispositif d'Inclusion par le Sport
DIS	Dynamique Insertion Sport
DNO	Directive Nationale d'Orientation
DRDJSCS	Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
E	Endurance
EDI	Espace Dynamique d'Insertion
EPGV	Education Physique et de Gymnastique Volontaire
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EGS	Estime Globale de Soi
ESV	Echelle de Satisfaction de Vie
F	Force
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
ISP	Inventaire du Soi Physique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PPLPIS	Plan Pluriannuel de Lutte contre la Pauvreté et pour l'Inclusions Sociale

PSPP	Physical Self-Perception Profile
QIC	Questionnaire d'Image du Corps
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SEM	Self-Evaluation Maintenance
SPPA	Self-Perception Profile for Adolescents
SPPC	Self-Perception Profile for Children
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
SWLS	Satisfaction With Life Scale
UFOLEP	Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique
VPP	Valeur Physique Perçue

Annexe 2 : Table des tableaux, figures et graphiques

Figure 1 : Conceptualisation de la vulnérabilité selon Castel (1991) 12
Figure 2 : Facteurs favorables au bien-être psychologique selon l'OMS (2012)..... 18
Figure 3 : Hiérarchie des différents construits sur l'état psychologique selon Voyer et Boyer (2001) 35
Figure 4 : Conceptualisation du bien-être psychologique selon Ryff et Keyes (1995)..... 38
Figure 5 : Conceptualisation du bien-être subjectif selon Diener (1984) 39
Figure 6 : Modélisation du concept de soi 47
Figure 7 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi 62
Figure 8 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel (Fox et Corbin, 1989) 64
Figure 9 : Déroulement de la passation des questionnaires par personne 79
Tableau 1 : Les déterminants du bien-être psychologique selon l'OMS (2010)..... 19
Tableau 2 : Les principales catégories des différents types de facteurs du bien-être mentionnées par les répondants selon TNS Qual+..... 26
Tableau 3 : Analyse de la consistance interne (α de Cronbach) de l'Inventaire du Soi Physique 78
Tableau 4 : Moyenne des dimensions de l'ES en T1 (n=41) 80
Tableau 5 : Moyenne des dimensions de l'ES entre T1 et T2 (n=23)..... 81
Tableau 6 : Evolution des dimensions de l'ES entre T1 et T2 (n=14) 82
Tableau 7 : Evolution des dimensions de l'ES entre T2 et T3 (n=14) 83
Tableau 8 : Evolution des dimensions de l'ES entre T1 et T3 (n=14) 83
Tableau 9 : Moyenne de la SV en T1 (n=41)..... 84
Tableau 10: Evolution de la SV entre T1 et T2 (n=23)..... 84
Tableau 11 : Evolution de la SV entre T1 et T2 (n=14)..... 85
Tableau 12 : Evolution de la SV entre T2 et T3 (n=14)..... 85
Tableau 13 : Evolution de la SV entre T1 et T3 (n=14)..... 85
Tableau 14 : Evolution des dimensions de l'ES entre T1 et T3 des demandeurs d'asile (n=6) 93
Graphique 1 : Représentation graphique de l'évolution entre T1, T2 et T3 de l'ES (n=14).... 90
Graphique 2 : Représentation graphique de l'évolution de T1 àT3 de la SV (n=14) 91
Graphique 3 : Représentation graphique de l'ES en T1 en fonction de l'origine culturelle (n=14)..... 92
Graphique 4 : Représentation graphique de la SV en T1 en fonction de l'origine culturelle (n=14)..... 94
Graphique 5: Représentation graphique de la SV en T1, T2 et T3 en fonction de l'origine culturelle (n=14)..... 95

Annexe 3 : Table des notions

Bien-être psychologique 36
Bien-être subjectif.....39
Dispositif d'Inclusion Par le Sport 4
L'Estime de Soi 47
La satisfaction de vie.....43
La vulnérabilité..... 7

Annexe 4 : Table des auteurs

Allport, F. H. (1935), 53.

André, C. (2005), 3, 55, 56.

André, C. & Lelord, F. (2002), 49, 50, 51, 52, 60.

Andrews, F. M., & McKennell, A. C. (1980), 36.

Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976), 40, 44, 45.

Bandura, A. (2003), 53.

Becquet, V. (2012), 10.

Berdah, C. (2010), 20.

Berkman, P. L. (1971a), 34.

Biddle, S. & Goudas, M. (1994), 65, 66, 86.

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. & Brière, N. M. (1989), 46, 76, 78.

Blanton, H., Crocker, J. & Miller, D. T. (2000), 57.

Bolognini, M., Prêteur, Y. (1998), 48.

Bouffard, T., Seidah, A., McIntyre, M., Boivin, M., Vezeau, C. & Cantin, S. (2002), 61.

Bouisson, J. & De Boucaud, M. (2003), 19.

Boujut, E., & Décamps, G. (2012), 69, 70, 71.

Bourdieu, P. (1980), 13.

Bouvard, M. (1999), 48.

Bowlby, J. (1982), 54.

Bradburn, N. M. (1969), 36, 42.

Branden, N. (1994), 59.

Breda, J. & Goyvaerts, K. (1999), 24, 31, 32.

Brewer, S. S. (2008), 53.

Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M. & Link, K. E. (1993), 39, 43, 45.

Brodiez-Dolino, A. (2016), 14, 16, 19.

Brown, J. D. (1998), 65.

Brown, B. A. & Frankel, B. G. (1993), 63, 67, 88.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002), 23.

Bryant, F. B. & Veroff, J. (1982), 36.

Campbell, A., Converse, P. E. & Rodgers, W. L. (1976), 40, 43, 44.

Castel, R. (1991), 12, 14.

Cazenave, N., Peultier, A. S. & Lefort, G. (2008), 70, 71, 87.

Chambers, R. (1989), 10, 11.

Coleman, D. & Iso-Ahola, S. E. (1993), 63.

Cooley, C. H. (1902), 48, 49, 54, 87.

Coopersmith, S. (1967), 48, 61.

Costa, P. T., McCrae, R. R. & Norris, A. H. (1981), 43.

Dagenais-Desmarais, V., Gilbert, M. H., Lebrock, P., Brunet, L. & Savoie, A. (2006), 42.

Daniels, K. (2000), 34.

Danna, K., & Griffin, R. W. (1999), 34.

De Moor, M. H., Beem, A. L., Stubbe, J. H., Boomsma, D. I. & De Geus, E. J. (2006), 67, 88.

De Saint Paul, J. (1999), 60.

Diener, E. (1984), 34, 39, 40, 42, 76.

Diener, E. (1994), 34, 39, 40.

Diener, E. (1996), 43.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. and Griffin, S. (1985), 46, 76.

Diener, E., & Larsen, R. J. (1993), 34.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002), 40, 46.

Diener, E., Sapyta, J. J. & Suh, E. (1998), 41, 42.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999), 39, 41.

Dolto, F., Dolto, C. & Percheminier, C. (1989), 16.

Doré, C. (2017), 52, 53.

Dubé, L., Kairouz, S. & Jodoin, M. (1997), 45.

Durkheim, E. (1893), 8, 9.

Eid, M. & Larsen, R. J. (Eds.). (2008), 34.

Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F. Miles, M. & Tan, V. (1995), 39, 46.

Festinger, L. (1954), 56.

Fossati, M., Rieker, A. & Golay, A. (2004), 20.

Fox, K. R. (1988), 61, 63.

Fox, K. R. (1999), 71.

Fox, K. R. & Corbin, C.B. (1989), 63, 64, 66, 70, 77, 87.

Gadefroy, P. & Lollivier, S. (2014).

Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L. & Kampert, J. B. (2006), 67, 68.

Gosselin, E. (2005), 45.

Greenier, K. D., Kernis, M. H., Mcnamara, C. W., Waschull, S. B., Berry A. J., & coll. (1999), 61.

Greenwald, A. G., Bellezza, E. S. & Banaji, M. R. (1988), 47.

Guedeney, N. (2011), 54.

Hammond, W. A. & Romney, D. A. (1996), 73.

Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Haynes, C. E. & Rick, J. E. (1999), 69.

Harter, S. (1982), 61.

Harter, S. (1983), 49, 61, 62.

Harter, S. (1988), 58.

Harter, S. (1993), 55.

Harter, S. (1998), 55, 58, 63, 65.

Heider, F. (1958), 59.

Holmes, J. (1993), 53.

Hong, S., Bianca, M. A., Bianca, M. R. & Bollington, J. (1993), 49.

House, J. S. & Kahn, R. L. (1985), 36.

James, W. (1892), 48, 49, 58.

Kammann, R. (1983), 40.

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C., Berry, A. & Harlow, T. (1993), 60.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002), 41.

Kozma, A. & Stones, M. J. (1980), 44.

Labbe, E., Moulin, J. J., Sass, C., Chatain, C. & Gerbaud, L. (2007), 20.

Lawlor, D. A. & Hopker, S. W. (2001), 71.

Leary, M. & Baumeister, R. (2000), 59.

Leplat, J. & Hoc, J. M. (1983), 59.

Levin, J. D. (1992), 52.

Lobbé, A. (2016), 59, 60.

Lotan, M., Merrick, J. & Carmeli, E. (2005), 68, 89.

Lourel, M. (2007), 23.

Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996), 39, 45.

Luginbuhl, J., Crowe, D. & KAHAN, J. (1990), 59.

Mackie, D. (1984), 56.

Maïano, C., Morin, A. J. S., Ninot, G., Monthuy-Blanc, J., Stephand, Y., Florente, J. F., Vallee, P. (2008), 77, 78.

Major, B., Sciacchitano, A. & Crocker, J. (1993), 56.

Manderson, L. (2005a), 24.

Marsh, H. W. & Shavelson, R. (1985), 62.

Martin, C. (1993), 14.

Martin, C. (2000), 12.

Martin, C. (2001), 14.

Martin, C. (2013), 14, 16.

Marty, F. (2010), 15.

Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. & Battaglini, A. (1998a), 34.

Melin, R., Fug-Meyer, F. & Fug-Meyer, A. R. (2003), 67, 88.

Michalos, A. C. (1983), 32, 33.

Miller, M. L. (1980), 40.

Morse, S. J. & Gergen, K. J. (1970), 56.

Myers, D. G., et Diener, E. (1997), 44.

Netz, Y., Wu, M.J., Becker, B.J. & Tenenbaum, G. (2005), 3, 68.

Neugarten, B.L., Havighurst, R. & Tobin, S. (1961), 44.

Ninot, G., Delignières, D. & Fortes, M. (2000), 70, 77.

Ong, A. D. & Allaire, J. (2005), 24.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993), 23.

Organisation Mondiale de la Santé. (2006), 2, 24.

Organisation Mondiale de la Santé. (2012), 2, 17, 18, 21, 88.

Ortigues, M. C. & Ortigues, E. (1986), 15.

Paim, L. (1995), 31.

Perrault, M. (2008), 10.

Prince, P. & Prince, C. (2001), 33.

Rector, N.A. & Roger, D. (1997), 73.

Redersdorff, S. & Martinot D. (2003), 56, 57.

Reich, J. W. & Zautra, A. (1981), 36.

Roberts, G. C., Kleiber, D. A. & Duda, J. L. (1981), 65.

Rogers, C. R. (1951), 48.

Rosenberg, M. (1965), 61, 73.

Rosenberg, M. (1979), 49.

Rosenberg, M. (1985), 57, 58.

Rousseau, J., Denis, M. C. & Dubé, M. (1993), 36.

Roy, S. (2008), 9, 10.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001), 42, 44.

Ryff, C. D. (1995), 38.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995), 3, 34, 37, 38.

Ryff, C. D. & Singer, B. (1998a), 38.

Saunders, R. (2003), 14, 16.

Schröder-Butterfill, E. & Marianti, R. (2006), 10, 11.

Seligman, M. E. P., Parks, A.C. & Steen, T. (2004), 24, 25.

Shin, D. C. & Johnson, D. M. (1978), 44.

Soulet, M. H. (2005), 14.

Soulet, M. H. (2006), 3, 8, 9, 10, 17.

Soulet, M. H. (2014), 14, 15, 17.

Sticker, H. J. (2003), 9.

Tesser, A. (1988), 57.

Thomas, H. (2010), 16, 17.

Thornton, B. & Ryckman, R. M. (1991), 71.

TNS Qual+. (2011), 25, 26, 27, 28, 31.

Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004), 24.

Vallerand, R. (2006), 47.

Veenhoven, R. (1984), 40.

Voyer, P. & Boyer, R. (2001), 34, 35, 44.

Warr, P. (1990), 34.

Wood, R. & Bandura, A. (1989), 52.

Annexe 5 : Table des matières

Remerciements 4
INTRODUCTION 2
PARTIE 1 : LE CADRE THEORIQUE 7
CHAPITRE 1 : La vulnérabilité 7
1. Etat des lieux 8
2. Un concept pluridimensionnelle 11
3. Vulnérabilité et bien-être, deux conceptions étroitement liées 17
CHAPITRE 2 : Qualité de vie : l'influence de concepts psychologiques 23
1. Le bien-être 24
1.1. Les facteurs du bien-être 25
1.2. Le bien-être et ses conceptions 31
1.2.1. Approche psychologique et subjective 34
1.2.2. Modèles hiérarchiques du bien-être subjectif 42
1.3. Focus sur la satisfaction de vie 43
2. L'Estime de Soi 47
2.1. Les fondements de l'estime de soi 47
2.1.1. Les trois piliers de l'estime de soi 50
2.1.2. Les déterminants de l'estime de soi 52
2.1.3. Haute et basse estime de soi 59
2.2. Structures et modèles de l'estime de soi 61
2.3. L'apparition de l'estime de soi dans le domaine corporel 63
CHAPITRE 3 : La pratique physique : un outil au service du bien-être ? 67
CONCLUSION CADRE THEORIQUE 73
PARTIE 2 : METHODOLOGIE 75
1. Participants 75
2. Les instruments de mesure 75
2.1. Echelle de Satisfaction de Vie 76
2.2. L'estime de soi : Inventaire de soi Physique 77
3. Protocole expérimentale 78
PARTIE 3 : RESULTATS 80
1. Analyse de l'Estime de Soi 80
1.1. Analyse des niveaux d'Estime de Soi en T1 80

1.2. Analyse de l'évolution des dimensions de l'Estime de Soi entre T1 et T2 81
1.3. Analyse de l'évolution des dimensions de l'Estime de Soi entre T1, T2 et T3 81
2. Analyse de la Satisfaction de Vie 84
2.1. Analyse du niveau de SV en T1 (n=41) 84
2.2. Analyse de l'évolution du niveau de SV entre T1 et T2 (n=23) 84
2.3. Analyse de l'évolution du niveau de SV entre T1, T2 et T3 (n=14) 85
DISCUSSION 86
1. Les limites 89
2. Perceptives de recherche 91
2.1. Analyse des résultats de l'évolution de l'ES entre T1 et T3 en fonction de l'origine culturelle 92
2.2. Analyse du niveau de SV en fonction de l'origine culturelle 94
CONCLUSION 96
BIBLIOGRAPHIE 98
ANNEXES 1
Annexe 1: Table des abréviations 3
Annexe 2 : Table des tableaux, figures et graphiques 5
Annexe 3 : Table des notions 6
Annexe 4 : Table des auteurs 7
Annexe 5 : Table des matières 12
Annexe 6 : Questionnaire Inventaire du Soi Physique 14
Annexe 7 : Questionnaire Echelle de Satisfaction de Vie 15
Annexe 8 : Outils d'évaluation en ligne pour les éducateurs 16
Annexe 9 : Résultats enquête de satisfaction à destination des travailleurs sociaux 17
Annexe 10 : Livret suivi Individuel 18
Résumé 19
Abstact 19

Annexe 6 : Questionnaire Inventaire du Soi Physique

NOM Prénom : *Date :* *N°*

CONSIGNES : Pour chaque phrase, cochez la réponse qui vous ressemble le plus. Répondez à toutes les phrases. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Pas du tout (Not at all)	*Très peu (Very little)*	*Un peu (A little)*	*Assez (enought)*	*Beaucoup (A lot)*	*Tout à fait (absolutely)*
1. Globalement, je suis satisfait(e) de mes capacités physiques *(Globally, I'm proud of what I can do physically)*	o	o	o	o	o	o
2. Je serais bon(ne) dans une épreuve d'endurance *(I would be good at aerobic exercise)*	o	o	o	o	o	o
3. Je réussis bien en sport *(I do well in sports)*	o	o	o	o	o	o
4. Je pense être plus fort(e) que la moyenne *(I'm physically stronger than most people)*	o	o	o	o	o	o
5. Je me trouve beau (belle) *(I find myself beautiful)*	o	o	o	o	o	o
6. J'ai une bonne opinion de moi *(I have a good opinion of myself)*	o	o	o	o	o	o
7. Je suis content(e) de ce que je peux faire physiquement *(I'm happy with what I can do physically)*	o	o	o	o	o	o
8. Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué(e) *(I think I could run for a long time without tiring)*	o	o	o	o	o	o
9. Je me débrouille bien dans tous les sports *(I can find a way out of difficulties in all sports)*	o	o	o	o	o	o
10. Je serais bon(ne) dans une épreuve de force *(I would be good at exercise that depends on strength)*	o	o	o	o	o	o
11. J'ai un corps agréable à regarder *(I have a nice body to look at)*	o	o	o	o	o	o
12. Je voudrais rester comme je suis *(I would like to stay as I am)*	o	o	o	o	o	o

Annexe 7 : Questionnaire Echelle de Satisfaction de Vie

CONSIGNES : A l'aide de l'échelle de 1 a 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié en dessous des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit :

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7
Strongly disagree	In disagree	Slightly disagree	Neither disagree nor agree	Slightly agree	In agreement	Strongly agree

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux
   (In most ways my life is close to my ideal)

   1 2 3 4 5 6 7

2. Mes conditions de vie sont excellentes
   (The conditions of my life are excellent)

   1 2 3 4 5 6 7

3. Je suis satisfait(e) de ma vie
   (I am satisfied with my life)

   1 2 3 4 5 6 7

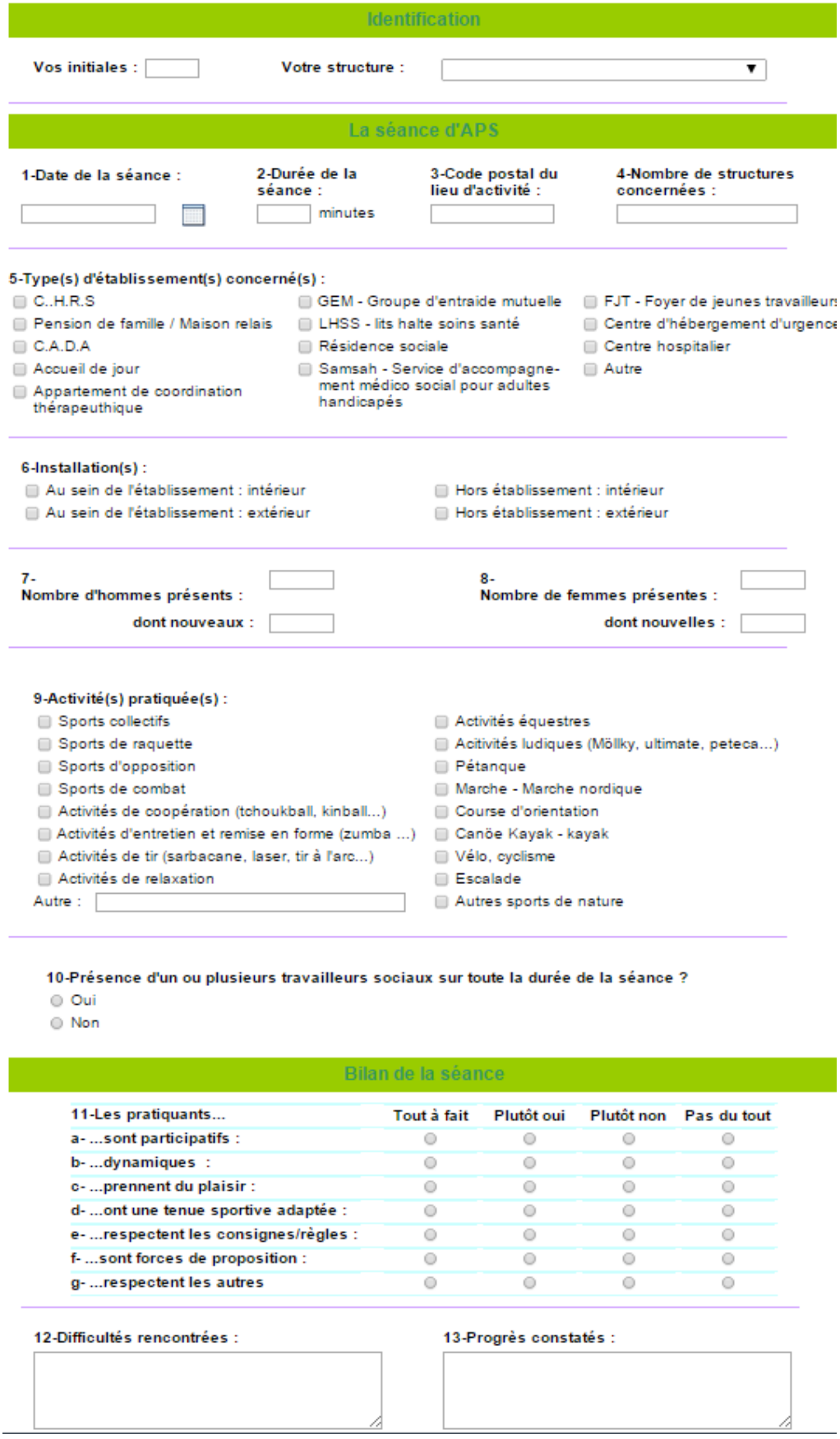
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie
   (So far I have gotten the important things I want in life)

   1 2 3 4 5 6 7

5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien
   (If I could live my life over, I would change almost nothing)

   1 2 3 4 5 6 7

Annexe 8 : Outil d'évaluation en ligne pour les éducateurs



Identification

Vos initiales : Votre structure :

La séance d'APS

1-Date de la séance : 2-Durée de la séance : minutes 3-Code postal du lieu d'activité : 4-Nombre de structures concernées :

5-Type(s) d'établissement(s) concerné(s) :

- C..H.R.S
- Pension de famille / Maison relais
- C.A.D.A
- Accueil de jour
- Appartement de coordination thérapeuthique
- GEM - Groupe d'entraide mutuelle
- LHSS - lits halte soins santé
- Résidence sociale
- Samsah - Service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés
- FJT - Foyer de jeunes travailleurs
- Centre d'hébergement d'urgence
- Centre hospitalier
- Autre

6-Installation(s) :

- Au sein de l'établissement : intérieur
- Au sein de l'établissement : extérieur
- Hors établissement : intérieur
- Hors établissement : extérieur

7- Nombre d'hommes présents : dont nouveaux :

8- Nombre de femmes présentes : dont nouvelles :

9-Activité(s) pratiquée(s) :

- Sports collectifs
- Sports de raquette
- Sports d'opposition
- Sports de combat
- Activités de coopération (tchoukball, kinball...)
- Activités d'entretien et remise en forme (zumba ...)
- Activités de tir (sarbacane, laser, tir à l'arc...)
- Activités de relaxation
- Activités équestres
- Acitivités ludiques (Möllky, ultimate, peteca...)
- Pétanque
- Marche - Marche nordique
- Course d'orientation
- Canöe Kayak - kayak
- Vélo, cyclisme
- Escalade
- Autres sports de nature

Autre :

10-Présence d'un ou plusieurs travailleurs sociaux sur toute la durée de la séance ?

- Oui
- Non

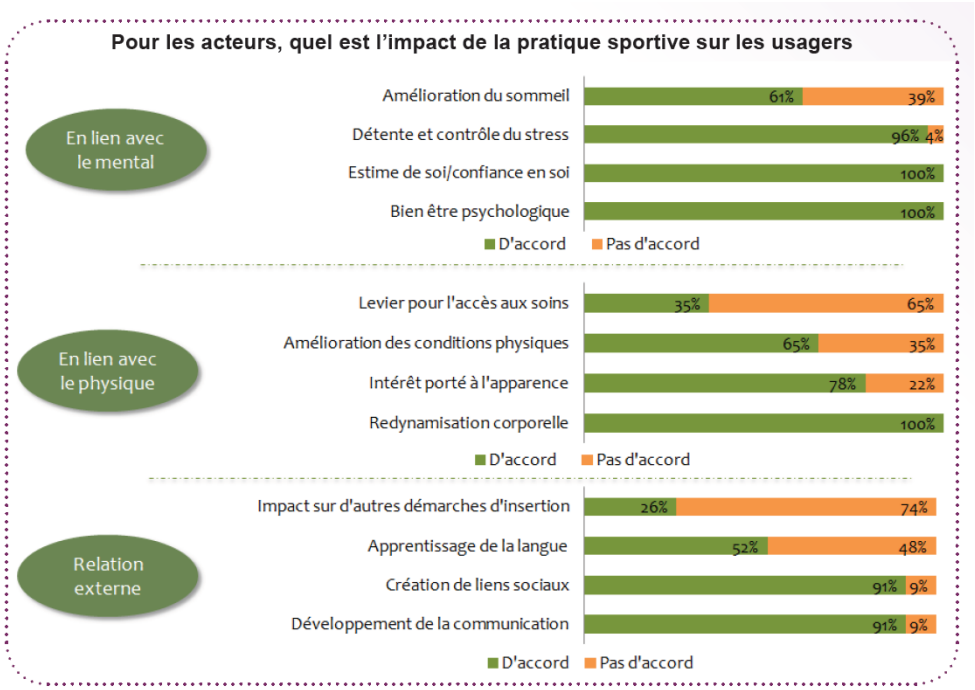
Bilan de la séance

11-Les pratiquants...	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
a- ...sont participatifs :				
b- ...dynamiques :				
c- ...prennent du plaisir :				
d- ...ont une tenue sportive adaptée :				
e- ...respectent les consignes/règles :				
f- ...sont forces de proposition :				
g- ...respectent les autres				

12-Difficultés rencontrées :

13-Progrès constatés :

Annexe 9 : Résultats enquête de satisfaction à destination des travailleurs sociaux



Annexe 10 : Livret suivi Individuel

DIPS Centre

Tableau de suivi

INDICATEURS	DATE DE LA SÉANCE								
	Participatif (dynamique, pratique, organisation)								
	Force de proposition								
	Ponctuel / Assidu								
	Prend du plaisir								
	Autonome								
	Respect (consigne, éducateur)								
	Intérêt porté à l'apparence								
	Tenue sportive adaptée								

Compléter le tableau ci-dessus en indiquant + ou ++ ou +++ ou ++++

■ Commentaires/Observations :

■ Date de la visite médicale :

■ Date de l'arrêt de la pratique :

Pourquoi ? _____

_____

_____

■ Souhaite intégrer un club : oui ☐ non ☐

Si oui, date prévue : _____

Auto-évaluation	Début Expérimentation	Fin Expérimentation
Estime de soi/Confiance en soi		
Communiquer/Discuter		
Rapport au corps (sommeil, respiration...)		
Tisser des liens		
Consommation d'alcool		
Consommation tabac		

Compléter le tableau ci-dessus en indiquant + ou ++ ou +++ ou ++++

Résumé

Notre étude s'intéresse à l'influence de la pratique physique sur l'estime de soi et la satisfaction de vie d'un public en situation de vulnérabilité. Nous avons orienté notre recherche sur le Dispositif d'Inclusion sociale Par le Sport (DIPS) de la région Centre. L'originalité de cette étude repose d'abord sur le fait qu'il s'agit de la première recherche scientifique dans le champ de la psychologie sur ce dispositif mais également sur le fait que cette étude se base sur les perceptions et ressentis des bénéficiaires. Cette étude visait à démontrer l'impact d'un dispositif tel que le DIPS sur l'estime de soi et la satisfaction de vie des individus prenant part à ce dernier. Pour cela, nous avons utilisé un questionnaire mesurant le niveau de satisfaction de vie et un questionnaire mesurant le niveau d'estime de soi dans le domaine physique. Au vue du temps imparti, nous avons fait le choix d'effectuer trois passations par personnes des deux questionnaires. Après une analyse statistique, les résultats montrent qu'à court terme, le DIPS améliore uniquement la Valeur Physique Perçue. En revanche nous avons pu constater que l'estime de soi et la satisfaction de vie tendent vers une amélioration à partir de deux mois dans le dispositif. D'autres recherches longitudinales seraient donc intéressantes à mener pour confirmer ces résultats.

Mots-clés : activité physique, estime de soi, satisfaction de vie, bien-être, vulnérabilité, dispositif d'intégration.

Abstact

Our study is interested in the influence of the physical practice on the self-esteem and life satisfaction of a public in a situation of vulnerability. We have oriented our research on the device of social inclusion through sport (DIPS) in the region Center. The originality of this study is based first on the fact that it is the first scientific research in the field of psychology on this device but also on the fact that this study is based on the perceptions and felt of the beneficiaries. This study was designed to demonstrate the impact of a device such as the DIPS on the self-esteem and life satisfaction of individuals taking part in this last. For this, we used a questionnaire measuring the level of satisfaction of life and a questionnaire

measuring the level of self-esteem in the physical domain. In view of the time allotted, we have made the choice to perform three awards by persons of the two questionnaires. After a statistical analysis, the results show that in the short-term, the DIPS enhances only the physical value perceived. On the other hand we have seen that the self-esteem and life satisfaction tend towards an improvement from two months in the device. Other longitudinal researches would therefore be interesting to carry out to confirm these results.

Key words: physical activity, self-esteem, life satisfaction, well-being, vulnerability, integration device.