



HAL
open science

Impact d'un groupe d'affirmation de soi en SSR d'addictologie : stratégies de coping, attachement et estime de soi

Émilie Rachine Pierron

► **To cite this version:**

Émilie Rachine Pierron. Impact d'un groupe d'affirmation de soi en SSR d'addictologie : stratégies de coping, attachement et estime de soi. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02500097

HAL Id: dumas-02500097

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500097>

Submitted on 5 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

Année 2018/2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 novembre 2019

par

Mme RACHINE épouse PIERRON Emilie, Charlotte, Anaïs

Née le 01/10/1987 à Caen (14)

TITRE DE LA THÈSE :

**IMPACT D'UN GROUPE D'AFFIRMATION DE SOI EN SSR
D'ADDICTOLOGIE
Stratégies de coping, attachement et estime de soi**

Président : Monsieur le Professeur Pascal DELAMILLIEURE

Membres : Madame le Professeur Perrine BRAZO

Monsieur le Docteur Fabian GUENOLE

Monsieur le Docteur Nicolas CABE

Directeur de thèse : Pr BRAZO Perrine

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUCZ Jean-Luc	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie

M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie

M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGER Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Delamillieure,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Madame le Professeur Perrine Brazo,

Tous mes remerciements pour avoir accepté de diriger cette thèse et m'avoir apporté votre soutien, votre rigueur et vos critiques constructives tout au long de l'élaboration de ce travail, mais aussi tout au long de mon internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Fabian Guénolé,

Merci pour votre réactivité et de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger et critiquer mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect.

A Monsieur le Docteur Nicolas Cabé,

Tous mes remerciements pour t'être intéressé à ce travail, pour ta disponibilité et ta participation au jury. Sois assuré de mon estime et de ma reconnaissance.

Remerciements

Merci à tous mes professeurs, mes guides, pour m'avoir permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour votre temps, votre patience et pour votre humour ! J'espère pouvoir comme vous, enseigner avec passion ce beau métier que nous avons choisi.

Merci également à toutes les équipes soignantes pour toute l'expérience dont elle ont su me faire profiter, pour la confiance en moi qu'elles ont su m'insuffler.

Merci aux patients qui ont participé à cette étude, et à tous les autres qui ont croisé ma route et me rappellent chaque jour pourquoi je fais ce métier.

Merci à tous mes amis rencontrés à la fac, qui ont rendu heureuses ces longues années d'études ; la team P1 : Corinne, Ninon, Pye et Djo (même si pour nous ça date, je suis heureuse de t'avoir redécouvert), les plus « jeunes » : Marie (Ladub), Alice, Justine (et oui tu restes une copine de médecine), Anthony et Marie (Bouille) et enfin Elise, qui est devenue une personne très importante dans mon cœur et dans ma vie. Merci pour les nombreux fous rires, les délires et les bons souvenirs. J'espère vous garder près de moi pendant encore de longues années.

Merci à tous mes co-internes de psychiatrie et tout particulièrement à Marine, la plus fidèle d'entre eux, le tic de mon tac.

Merci à mes collègues d'Alfortville, notamment à Valérie pour tout ce que tu m'as appris, ton soutien sans faille et ton humour. Un grand merci à Yona pour avoir accepté de te mettre à l'épreuve au cours de ce groupe, pour ta douceur et ta gentillesse. Et bien sûr un million de mercis à toi, Carole, sans qui rien n'aurait été possible. Une grande partie de ce travail t'es due. Ton amitié m'a été précieuse durant ce temps passé à la Concorde, et elle le restera au-delà.

Merci à tous mes amis qui m'accompagnent au quotidien et rendent ma vie plus belle.

Merci à mes futurs voisins/colocs, qui m'ont donné le projet et la motivation nécessaire pour m'accrocher ces derniers mois à ce travail.

Merci à ma belle-famille pour m'avoir accueilli comme un membre à part entière. Merci de m'apporter tant de joie et de bonheur.

Merci à ma famille, celle du sang, mais aussi la famille que je me suis choisie (Marion, Yves et Line). La famille avec laquelle je partage tant de moments heureux, les grands moments comme les petits : les repas le dimanche midi, les balades digestives, les réveillons, les fêtes d'anniversaire, les vacances et les voyages.

Merci à Basile, Nina et Noé, mes supers frangins/frangine, pour ces années où nous avons grandi ensemble, pour tous les bons moments passés et à venir.

Merci à mes parents, pour leur amour, leur soutien et leur humanité. Merci de m'avoir aidé à me construire jour après jour, merci de m'avoir permis de devenir à la fois le médecin et la personne que je suis, avec beaucoup de défauts et de qualités, mais surtout une personne extrêmement heureuse de la vie qu'elle mène, grâce à vous.

Merci à mon mari pour son amour, qui me permet chaque jour de me découvrir un peu plus. Tes questionnements, ta passion, ton humour, sont autant de choses qui me poussent à donner le meilleur de moi-même. Merci pour ton optimisme et ta joie de vivre, merci d'être le soleil de ma vie, merci d'avoir fait de nous une famille.

Merci à mes filles, Lise et Romy, de m'avoir choisi comme maman. Vous illuminez mon quotidien et mon futur. Chaque sourire, chaque mimique, chaque regard me rappelle à quel point la vie est belle. Je vous souhaite autant de bonheur que j'en connais, et même plus encore !

Il paraît que le bonheur ne se trouve pas en lingot, mais en petite monnaie. Grâce à vous tous j'ai déjà accumulé une petite fortune.

Liste des abréviations

ADS : Affirmation de soi

GAS : Groupe d'affirmation de soi

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

MIO : Modèle Interne Opérant

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TLU : Troubles liés à l'usage

WCC : Ways of Coping Checklist

Tableaux et figures

Figure 1 : Pyramide de la confiance en soi

Figure 2 : Modèle transactionnel de Lazare et Folkman

Figure 3 : Moyennes des items de la WCC pré et post-thérapie

Figure 4 : Moyennes des scores « prototypes » de l'échelle RSQ pré et post-thérapie

Figure 5 : Moyennes des scores « facteur » de l'échelle RSQ pré et post-thérapie

Figure 6 : Moyennes des scores d'estime de soi pré et post-thérapie

Figure 7 : Moyennes à l'échelle HAD pré et post-thérapie

Tableau 1 : Caractéristiques des participants à l'étude

Tableau 2 : Résultats en pré-thérapie des patients à l'échelle WCC

Tableau 3 : Résultats en post-thérapie des patients à l'échelle WCC

Tableau 4 : Résultats des patients à l'échelle RSQ

Tableau 5 : Résultats à l'échelle de Rathus

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : approche théorique.....	3
1. Coping	3
1.1. La théorie du coping.....	3
1.2. Coping et régulation émotionnelle.....	8
1.3. Coping et consommation de substances psychoactives	10
2. Estime de soi.....	13
2.1. Approche théorique.....	13
2.2. Estime de soi et coping.....	14
2.3. Estime de soi et consommation de substances psychoactives	15
3. Attachement.....	18
3.1. Approche théorique.....	18
3.2. Attachement et coping.....	23
3.3. Attachement et consommation de substances psychoactives	24
DEUXIEME PARTIE : thérapie d'affirmation de soi	28
1. Définitions et bases théoriques	28
1.1. Historique	28
1.2. Définitions	29
2. Modèle théorique et principes thérapeutiques	32
2.1. Modèle théorique	32
2.2. Principes thérapeutiques et facteurs de changement.....	35
3. Thérapie d'affirmation de soi.....	36
3.1. Diagnostic du déficit en ADS	36
3.2. Objectifs thérapeutiques	37
3.3. Freins possibles	38
3.4. Un outil central : le jeu de rôle	38
4. Affirmation de soi et utilisation de substances psychoactives.....	39
TROISIEME PARTIE : présentation de l'étude.....	40
1. Objectifs	40
2. Matériel et méthodes	40
2.1. Sujets : critères d'inclusion et d'exclusion	40
2.2. Déroulement de l'étude.....	40
2.3. Critères d'évaluation.....	41
2.4. Protocole des séances du GAS.....	42
2.5. Analyse statistique	43
2.6. Considérations éthiques.....	43
3. Résultats	44
3.1. Caractéristiques des participants et perdus de vue.....	44

3.2. Résultats :	45
4. Discussion	52
4.1. Résultats	52
4.2. Impact d'un groupe d'affirmation de soi en addictologie	52
4.3. Limites de l'étude	54
4.4. Perspectives	55
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	63
Annexe 1 : Questionnaire de coping (version courte française à 29 items de la Ways of Coping Checklist) (Paulhan et al., 1994)	63
Annexe 2 : Questionnaire des échelles de relation RSQ (Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew) (Guédeney et al., 2010)	64
Annexe 3 : Echelle d'affirmation de soi de Rathus	67
Annexe 4 : Echelle d'estime de soi de Rosenberg	69
Annexe 5 : Echelle de dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith	70

INTRODUCTION

Les déficits en compétences sociales sont souvent observés chez les patients psychiatriques (Brady, 1984). Il peut s'agir d'une conséquence de la maladie psychiatrique, d'une cause contribuant à cette maladie ou d'une caractéristique du trouble psychiatrique. Des programmes de formation aux compétences sociales ont été mis au point et évalués en vue d'améliorer ces carences, parmi lesquels la thérapie d'affirmation de soi. Un manque d'affirmation de soi semble souvent responsable ou associé à plusieurs troubles psychiques, tels que les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les problèmes d'addiction (Fanget & Rouchouse, 2011).

Dans le traitement des troubles liés à l'usage de l'alcool, la formation aux compétences sociales est devenue une stratégie thérapeutique recommandée (Hersen, 1979), au stade de prévention de la rechute (moyen terme) ou à plus long terme, en fonction des failles personnelles identifiées précédemment (Graziani & Romo, 2013). Elle est aussi utilisée dans le traitement des dépendances aux substances illicites (Marlatt & Donovan, 2005).

Rencontrer des difficultés à prendre la parole, à exprimer son point de vue ou ses émotions, avoir le sentiment d'être dévalorisé, de ne pas être compris, respecté ou encore, à l'inverse, donner l'impression d'agresser, d'imposer, de contraindre autrui au cours des échanges sont autant de situations possibles liées aux relations et rapports aux autres. Ainsi refuser le produit, gérer une critique en lien avec des consommations passées sont identifiées comme autant de difficultés susceptibles de compromettre l'abstinence. Elles nécessitent alors une intervention ciblée en affirmation de soi portant sur les situations en lien avec le produit. D'autres fois, l'intervention est globale, le déficit d'affirmation de soi étant plus généralisé et antérieur à l'installation de la dépendance.

J'ai eu l'occasion d'utiliser les méthodes d'affirmation de soi à plusieurs reprises au cours de mon parcours, aussi bien en groupe qu'en individuel. Intervenant régulièrement en tant que médecin remplaçant en SSR d'addictologie depuis plus d'un an, j'ai voulu mettre en place un groupe thérapeutique et c'est tout naturellement que le groupe d'affirmation de soi s'est imposé à moi. Forte d'une première expérience au sein de l'établissement et auprès d'une population de patients souffrant d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives, j'ai voulu étudier plus précisément les bénéfices du groupe.

Le groupe d'affirmation de soi que nous proposons au sein de la structure n'est pas ciblé sur la prévention de la rechute. Nous avons préféré proposer une intervention globale sur l'affirmation de soi, les patients recevant par ailleurs de l'information sur la maladie addictive et ayant pu bénéficier d'un programme de prévention de la rechute sur quatre séances.

Afin d'évaluer les bénéfices du groupe d'affirmation de soi, je me suis notamment intéressée à son impact sur différents facteurs : les stratégies de coping des patients, l'estime de soi et la qualité de l'attachement. En effet, certains auteurs (Dorard, Bungener, & Berthoz, 2013 ; Dorard, Bungener, Corcos, & Berthoz, 2014) estiment que l'estime de soi et les stratégies de coping jouent un rôle adaptatif majeur dans le fonctionnement psychologique, en permettant l'ajustement de l'individu à l'environnement. Ces dimensions pourraient donc être considérées comme des facteurs de protection au regard de l'usage de produits psychoactifs. De plus, pour certains auteurs (Magai, 1999 ; Belsky, 2002), les conduites addictives font appel à des concepts proches de ceux décrits dans l'attachement, notamment les stratégies de coping.

Je suis ainsi partie de l'hypothèse que la participation au groupe thérapeutique d'affirmation de soi pouvait modifier les stratégies de coping, l'estime de soi et l'attachement des patients et ainsi favoriser leur maintien dans l'abstinence. Pour répondre à ces questions, nous avons suivi l'évolution des patients présentant un trouble lié à l'usage de substances psychoactives participant à un groupe d'affirmation de soi. Nous avons comparé leurs scores, avant et après groupe, dans différents champs.

Nous consacrerons la première partie de ce travail à l'approche théorique du coping, de l'estime de soi et de l'attachement, et la seconde à définir l'affirmation de soi.

Dans la troisième partie, nous exposerons l'étude réalisée auprès des patients ayant participé à un groupe d'affirmation de soi.

PREMIERE PARTIE : approche théorique

1. Coping

1.1. La théorie du coping

1.1.1. Définitions

Lazarus et Launier ont élaboré en 1978 (Lazarus & Launier, 1978) la notion de « coping » qui va évoluer et se définir en 1984 comme **l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux qu'un sujet interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, dans le but de maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique** (Lazarus & Folkman, 1984) (Folkman & Lazarus, 1988).

On peut traduire ce terme littéralement en Français par les termes « *faire face* ». Plusieurs autres traductions ont été proposées en français telles que « stratégies d'ajustement » (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994 ; (Isabelle Paulhan & Bourgeois, 1995) ou « stratégies d'adaptation » (Girault, 1989) ou « stratégies de maîtrise » (Leplat, 1997), sinon encore que de conserver le terme anglais comme le font Bloch, Chemama, Dépret, & Gallo dans le *Grand Dictionnaire de la psychologie* (1999), et comme nous le ferons ici.

Le coping renvoie aux comportements et cognitions destinées à la défense volontaire destinée à s'ajuster, maîtriser, évaluer, réfléchir à la situation stressante. Il s'agit à la fois de s'ajuster et de modifier son environnement au regard des stratégies de faire face qui sont utilisées.

Le coping est un concept directement associé au stress et Lazarus & Folkman (1984) les ont intégrés tous les deux dans un modèle que l'on appelle modèle transactionnel. Les auteurs postulent que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress (avec ses conséquences négatives sur la santé physique et mentale des individus). Ce qui est déterminant, ce sont les perceptions et le vécu de ces événements. Ainsi, ils définissent le stress comme étant « une relation entre la personne et son environnement, qui est évaluée par la personne comme tarissant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être ».

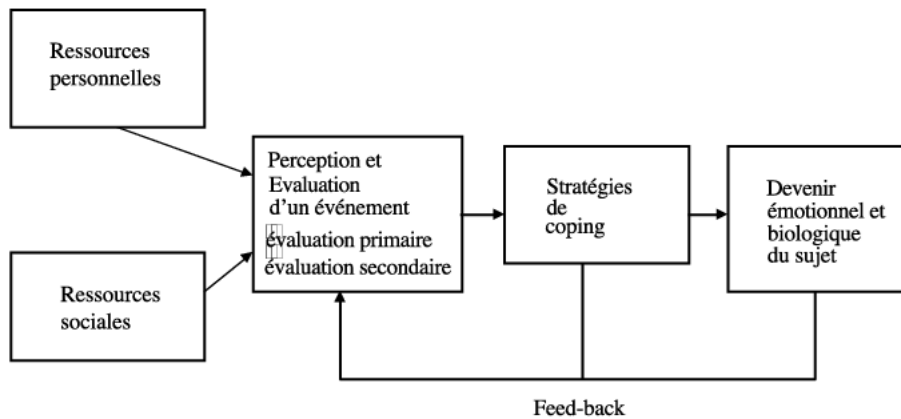


Figure 1 : Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (Bruchon-Schweitzer, 2001)

L'évaluation cognitive d'une situation potentiellement stressante (ou transaction entre la personne et la situation) se fait de deux manières :

La première évaluation, dite « évaluation primaire », répond à la question de l'enjeu de la situation. Pour qu'il y ait stress, il faut tout d'abord que la personne perçoive un enjeu. Trois types d'évaluation de l'enjeu sont possibles :

- la situation peut représenter pour la personne une perte ou un préjudice déjà subis antérieurement, et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère ;
- la situation peut être vécue comme une menace, c'est-à-dire comme l'éventualité d'une perte et s'accompagner d'anxiété, de peur. La personne peut vivre cette perspective comme une possible catastrophe financière, professionnelle, sociale, et identitaire. Il y a anticipation d'une perte dommageable ;
- enfin, la situation peut être vécue comme un défi et s'accompagner d'excitation, de fierté, de joie. La situation est envisagée par l'individu comme l'occasion de prouver ce dont il est capable.

Cette évaluation primaire de l'enjeu donne lieu à ce que l'on appelle le « stress perçu ».

La seconde évaluation cognitive dite « évaluation secondaire » répond à la question des ressources disponibles pour la personne face aux exigences de la situation. Elle porte sur la notion de « contrôle perçu ». Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation...). En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter (Bruchon-Schweitzer, 2001).

1.1.2. Les stratégies de coping

Depuis le modèle princeps de Lazarus et Folkman (1984), différents modèles de coping ont fait l'objet de développements théoriques et empiriques (Billings & Moos, 1981 ; Chabrol & Callahan, 2018 ; Endler & Parker, 1994 ; Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000 ; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro, & Becker, 1985). Au sein de cette diversité de modèles, deux grands types de stratégies apparaissent comme des invariants : les stratégies centrées sur le problème et celles centrées sur l'émotion.

Les stratégies centrées sur le problème correspondent aux tentatives cognitives et comportementales qui visent à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face, afin de contrôler ou modifier la situation. Elles agissent indirectement sur l'émotion du fait de l'atténuation ou de l'élimination du stresser. Elles comprennent deux dimensions plus spécifiques : la résolution de problème (la recherche d'informations, l'élaboration d'un plan d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directes pour affronter le problème).

Les stratégies centrées sur l'émotion correspondent aux tentatives du sujet pour contrôler, diminuer ou modifier la tension émotionnelle induite par l'exposition à l'évènement sans agir sur ce dernier. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, & Ellis, 1994) : consommer des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture, télévision...), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété,...). Une modalité cognitive de ce coping consiste à transformer la signification de la situation par exemple, en modérant sa gravité (minimisation), une autre à nier la

réalité (pensée magique, déniégation).

En plus de ces deux types de stratégies d'ajustement, certains auteurs (Endler & Parker, 1994) distinguent **l'évitement** comme un style de coping à part entière. Le coping centré sur l'évitement comprendrait deux sous-stratégies : la distraction (le fait de s'engager dans des activités indépendantes de la situation stressante) et la diversion sociale (le fait de rechercher la compagnie d'autres personnes).

Selon certains (Chabrol & Callahan, 2018) il n'y aurait pas de stratégie de coping efficace en elle-même, indépendamment des caractéristiques des individus (cognitives, conatives) et de celles des situations affrontées (gravité, contrôlabilité, durée).

Toutefois, plusieurs études empiriques ont suggéré que les stratégies de coping centrées sur le problème étaient plus bénéfiques pour l'individu que les autres types de stratégies (Endler & Parker, 1994).

Globalement, plus il y aurait d'efforts investis dans les processus de coping, plus les stratégies seraient efficaces (Wills & Hirky, 1996). Ces stratégies sont en effet associées négativement à la dépression et l'anxiété (Bolger, 1990 ; Courbasson, Endler, & Kocovsky, 2002)

Les stratégies centrées sur l'émotion et l'évitement exacerberaient la situation problématique, et seraient associées à des issues dysfonctionnelles à la fois sur les plans émotionnel et somatique (Bolger, 1990 ; Felton & Revenson, 1984 ; Terry, 1994). Il a été également mis en évidence que le coping évitant favoriserait la survenue de symptômes anxieux et dépressifs alors que le coping centré sur le problème aurait un effet protecteur en regard de l'affectivité négative (Stewart et al., 1997).

Le soutien social perçu, quant à lui, fait appel aux ressources externes du sujet, ce qui en fait une stratégie dépendante du contexte environnemental. Certains auteurs considèrent le soutien social comme une stratégie de coping (Vitaliano et al., 1985), mais selon Lazarus & Folkman (1984), le soutien social précède les stratégies de coping et affecte leur élaboration. Selon Bruchon-Schweitzer et al. (2003), un soutien social important est associé à l'utilisation de davantage de stratégies actives (centrées sur le problème) et moins de stratégies passives (centrées sur l'émotion). Thoits (1995) a également montré que la perception d'un soutien social satisfaisant était associée à l'adoption de stratégies de coping plus efficaces.

Le concept de soutien social comprend trois notions différentes. La première, d'origine sociologique, est le réseau social qui correspond au nombre de relations sociales qu'un individu a établi avec autrui,

à la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et à l'intensité de ces liens (Barrera, 1986)

La seconde notion est celle de soutien social reçu, qui correspond à l'aspect fonctionnel du soutien. Il s'agit de l'aide effective apportée à un individu par son entourage.

Enfin, la troisième notion est celle de soutien social perçu, qui renvoie à un modèle psychologique.

Le soutien social perçu est envisagé comme l'indicateur le plus pertinent de l'adéquation du soutien par rapport aux attentes et aux besoins d'un individu. Il renvoie à la manière dont l'individu perçoit subjectivement l'aide d'autrui et à la satisfaction ressentie du fait de ce soutien (Bruchon-Schweitzer et al., 2003). Dans cette perspective, le soutien social ne désigne pas une caractéristique objective des relations sociales du sujet, mais la perception subjective par ce sujet des transactions avec son environnement. Cette conception du soutien social est sous-tendue par deux dimensions : la disponibilité, qui renvoie à la perception que certaines personnes de l'entourage seront susceptibles d'apporter une aide quelle qu'elle soit (information, écoute, réconfort émotionnel, aide matérielle) si le besoin se manifestait, la seconde dimension étant la satisfaction qui renvoie à la perception qu'a le sujet de l'aspect qualitatif du soutien potentiellement obtenu. Cependant un soutien social perçu comme satisfaisant ne renvoie pas uniquement à la qualité des relations, mais également à l'adéquation perçue entre soutien possiblement reçu et les attentes et les besoins de l'individu (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Ainsi, la disponibilité et la satisfaction en regard du soutien social perçu sont conceptuellement distinctes. Il est donc possible d'être satisfait malgré une absence ou un nombre réduit de personnes perçues comme étayantes, et à l'inverse d'être insatisfait malgré un réseau social perçu comme disponible important mais non étayant. Gentry & Kobasa (1984) considèrent en particulier que le fait que la satisfaction en regard du soutien possiblement obtenu constitue une importante ressource psychologique, puisqu'elle renvoie à la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles. Ainsi, le réseau social ne serait pas en lui-même un facteur de protection. En revanche, le fait que l'individu perçoive certaines de ses connexions sociales suffisamment intimes pour apporter compréhension et empathie dans les moments critiques de son existence serait un facteur contribuant à l'équilibre émotionnel. Toutefois, sur le plan empirique, ces deux dimensions sont positivement corrélées (Bruchon-Schweitzer et al., 2003), ce qui signifie qu'un réseau minimal est nécessaire pour en être satisfait.

1.2. Coping et régulation émotionnelle

La régulation des émotions désigne les tentatives réalisées par les individus pour influencer la nature des émotions qu'ils éprouvent, la manière dont ils les ressentent et les expriment. La théorie de la régulation de l'émotion trouve à la fois son origine dans la tradition psychanalytique et dans la tradition du stress et du coping (Hartmann, 2008). En effet, les chercheurs en psychologie cognitive ont démontré des dépendances complexes entre les processus affectifs et cognitifs comme la résolution des problèmes, l'apprentissage et la mémoire (Gross, 1998) qui sont utiles pour le coping.

La régulation des émotions réfère aux processus hétérogènes par lesquels les émotions sont régulées, c'est-à-dire la façon dont les individus sont influencés par leurs émotions, et la façon dont ils expérimentent et expriment ces émotions. Elle concerne aussi bien les émotions positives que négatives et implique des ressources attentionnelles et cognitives. Ces processus peuvent être automatiques ou contrôlés, conscients ou non (Gross, Richards, & John, 2006). On parle généralement de processus intrinsèques lorsqu'un individu tente d'altérer ses propres émotions et de processus extrinsèques lorsqu'il cherche à influencer celles d'autrui (Gross & Thompson, 2007).

Les émotions sont complexes et appartiennent au registre expérientiel, comportemental et physiologique. Ce processus de régulation implique donc des changements dans l'un ou plusieurs de ces systèmes de réponse. Il interviendrait à plusieurs niveaux dans le processus des émotions : au niveau des antécédents (sélection de la situation, modification de la situation, attribution des ressources attentionnelles, et changement cognitif) et au niveau de la modulation de la réponse (Gross, 1998). Plutôt que d'effectuer une dichotomie entre processus conscients ou non conscients, il y aurait un processus continu entre des émotions contrôlées et d'autres plus automatiques. Les processus de régulation des émotions peuvent donc avoir des antécédents et des conséquences très différents en fonction des niveaux de conscience (Gross, 1999).

Selon Gross et al. (2006), ces deux formes importantes de régulation des affects que sont la régulation émotionnelle et le coping se recouvrent en partie. Les activités de coping sont orientées, par définition, vers les situations blessantes ou menaçantes et ne recouvrent, de fait, que partiellement le fonctionnement, les cibles et les buts de la régulation émotionnelle (John & Gross, 2007).

Le but du coping est habituellement de réguler l'expérience émotionnelle, l'émotion suscitée par le

stresseur, et l'émotion en lien avec le comportement en réponse au stresseur. Ainsi, de subtiles formes de régulation des émotions sont impliquées dans la gestion des événements quotidiens et du stress. Certaines formes de coping sont très proches de la régulation des émotions.

Le coping diffère de la régulation émotionnelle, en ce qu'il est centré, de manière prédominante, sur la réduction des affects négatifs, alors que la régulation émotionnelle est mise en œuvre, également, en situations émotionnelles positives, apportant, en cela, aux chercheurs, des informations complémentaires, mais ne permettant, de fait, qu'une approche partielle des réactions en situations négatives (Fredrickson, 2000).

Le coping porte sur des fenêtres temporelles plus vastes (humeurs) que la régulation émotionnelle (Schwarzer & Knoll, 2003). Or, la question d'un fonctionnement similaire ou différent pour les réponses, pour ce qui touche les réactions physiologiques et les comportements, par exemple, des individus confrontés à un épisode émotionnel ou faisant l'expérience plus longue d'un état d'humeur demeure ouverte.

Enfin une différence de taille entre le coping et la régulation émotionnelle est que les activités de coping incluraient des actions non émotionnelles, effectuées pour atteindre des objectifs, eux aussi, parfois, non émotionnels (comme accroître ses efforts pour remporter une victoire, travailler davantage ou plus dur pour réussir un examen ou obtenir un poste, etc.), alors que la régulation émotionnelle, parce qu'elle consiste en une influence sur la nature des émotions, le vécu de celles-ci et leur expression, serait intéressée seulement par, et orientée vers les émotions, indépendamment de la situation dans laquelle celles-ci apparaissent (Gross & John, 2003 ; John & Gross, 2007).

Malgré ces différences, certains auteurs considèrent qu'il est évident que les différents types de régulation émotionnelle incluent le coping et que le coping est un effort pour réguler les émotions (Losoya, Eisenberg, & Fabes, 1998).

1.3. Coping et consommation de substances psychoactives

Le stress peut affecter la santé en induisant des changements de comportement. Ainsi, un sujet soumis à un stress important a plus de risques de recourir à des comportements menaçant pour sa santé, comme la consommation de nicotine, d'alcool ou d'autres toxiques (Milgrom, Burrows, & Schwartz, 2001). Les stratégies de coping mises en jeu ont alors une grande importance.

Selon le modèle de Lazarus & Folkman (1984), les deux types principaux de coping (problème et émotion) seraient protecteurs au regard des usages de substances : le coping centré sur le problème en réduisant le niveau de problème généré par le stress, et le coping centré sur l'émotion en réduisant le niveau de détresse émotionnelle.

Cette assomption a depuis été infirmée par les résultats de diverses études empiriques. Les addictions sont conceptualisées selon diverses approches théoriques (modèle biologique, modèle psychologique) et l'approche cognitivo-comportementale suggère que les addictions peuvent être comprises en termes d'apprentissage. Cette perspective théorique postule que les sujets dépendants aux substances psychoactives auraient développé des stratégies de coping inefficaces pour faire face au stress (Murphy & Khantzian, 1995). Selon cette approche, ces stratégies de coping inadaptées contribueraient au développement d'une dépendance qui constituerait alors une réponse générale d'ajustement au stress.

Par ailleurs, il a été montré que plus le sujet associerait des fonctions de coping à son usage de substances, plus il serait vulnérable à un usage intensif de ces produits (Wills & Cleary, 1995 ; Hyman & Sinha, 2009). La compensation d'un manque de compétence dans la gestion du stress a également été considérée comme un facteur pouvant favoriser la consommation de cannabis (Gerra et al., 1999).

Ainsi, il semblerait que les stratégies de coping centrées sur les émotions (Kadden, 2001) et le coping « évitant » (Moussas, Dandouti, Botsis, & Lykouras, 2006) sont peu adaptatives dans les conduites d'alcoolisation. Ce serait les stratégies centrées sur le problème les plus bénéfiques pour la gestion de l'abstinence (Annis, Sklar, & Moser, 1998 ; McKay, Maisto, & O'Farrell, 1996).

Le coping est considéré comme un facteur de vulnérabilité et de maintien des conduites addictives (Passolunghi & Varescon, 2016). La perception du stress et de son rôle dans les rechutes a été mise en évidence : en effet, ceux qui rechutent perçoivent la vie plus menaçante que les personnes qui ne rechutent pas (Marlatt & Donovan, 2005). L'abstinence peut alors être considérée comme une situation stressante dans la mesure où elle met en jeu les capacités adaptatives de la personne (Moussas et al.,

2006). Il est par conséquent nécessaire de rechercher des facteurs de rechute pour aider la personne à rester abstinente et à faire face à cette situation (et donc mettre en place des stratégies de coping).

De la littérature se dégagent trois fonctions de coping possible de l'usage de substances psychoactives (Wills & Cleary, 1995 ; Wills & Hirky, 1996).

Tout d'abord la substance agit directement sur la régulation émotionnelle du fait de la modification de l'état affectif qu'elle induit. Cette fonction renvoie par exemple au modèle de la réduction des tensions élaboré pour l'alcool. La substance serait utilisée afin de réduire les affects négatifs, et d'augmenter les affects positifs. Cette fonction de la substance serait dose-dépendante (Wills & Cleary, 1995 ; Wills & Hirky, 1996). La tolérance au stress constituerait donc un facteur de risque majeur pour la consommation de substances psychoactives. Les consommateurs de cannabis rapportent notamment augmenter leur consommation dans les périodes de détresse (Kaplan, Martin, Johnson, & Robbins, 1986). De plus, la relaxation et la recherche de l'apaisement des tensions est l'une des motivations les plus fréquemment avancées par les consommateurs de cannabis (Hathaway, 2003 ; Reilly, Didcott, Swift, & Hall, 1998).

La deuxième fonction de coping de l'usage de substances est la distraction. En effet, par le biais de processus physiologiques, l'attention est provisoirement détournée des problèmes rencontrés par le sujet (Wills & Cleary, 1995 ; Wills & Hirky, 1996).

Enfin, toujours du fait des mécanismes biochimiques, certaines substances peuvent être utilisées dans le but de doper les performances de l'individu. Cette troisième fonction est bien documentée pour le tabac (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Il a été en effet démontré que le coping centré sur le problème serait un facteur protecteur notamment en termes d'initiation et de rechute, alors que le coping évitant serait associé à une augmentation des quantités consommées ainsi qu'à un accroissement des conséquences négatives liées à la consommation d'alcool (Wills & Hirky, 1996).

Compte tenu de la contribution importante du soutien social perçu au fonctionnement adaptatif, on peut s'attendre à ce que les individus soient moins enclins à s'orienter vers des stratégies de coping inadaptées, comme l'abus de substances s'ils ont un soutien social adéquat. Cette hypothèse théorique a été validée sur le plan empirique. Il a été en effet démontré que des déficits dans le soutien social perçu pourraient directement augmenter le risque d'initiation de consommation de substances (Windle,

1992).

2. Estime de soi

2.1. Approche théorique

Ce concept a été défini pour la première fois en 1890 par le psychologue William James qui formulait que « *l'estime de soi se situe dans la personne et elle se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès* ». (Journal « Principles of psychology »).

L'estime de soi correspond au sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne (Rosenberg, 1979).

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle (André, 2005). Elle comporte des aspects *comportementaux* (elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès) et *cognitifs* (elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin, l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne : elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour. Les rôles de l'estime de soi peuvent d'ailleurs être compris selon cette même grille de lecture : une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action, est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande.

L'estime de soi est généralement considérée comme la composante évaluative et affective du concept de soi (Famose & Bertsch, 2009). Cette dimension doit être comprise comme reflétant la perception que le sujet a de lui-même, plutôt que le reflet fidèle de la réalité. Elle est en effet constituée des croyances du sujet sur lui-même et comprend quatre dimensions : le sentiment de sécurité et de la confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence. Rosenberg (1965) a souligné l'importance des performances sociales, du mérite personnel, et de l'apparence physique comme composantes de l'estime de soi. Aussi, l'étude de l'estime de soi vise à évaluer dans quelles mesures les croyances des sujets sur eux-mêmes vont influencer leur réalité. Cette appréciation, positive ou négative, repose sur le système de valeurs personnelles qu'a l'individu ou sur des normes extérieures introjectées au cours de l'enfance. Elle serait produit de la cohésion entre les aspirations et les succès de l'individu (Harter, 2001). Selon Rosenberg, une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle et de respect à

l'égard de soi-même. Concernant le respect, Rosenberg différencie le respect inconditionnel et le respect conditionnel. Le respect inconditionnel induit que le sujet se respecte en tant qu'être humain, indépendamment de ses qualités ou accomplissements. En revanche, le respect conditionnel suppose une congruence entre les standards de compétences, les normes morales de l'individu et les sentiments d'accomplissement personnel en regard de ces normes. Selon Rosenberg, l'absence d'un respect conditionnel différencie le sujet ayant une estime de soi élevée et celui ayant une faible estime de soi. L'estime de soi n'est pas statique mais constitue un système dynamique à la fois stable et relativement flexible : en effet, de par la stabilité, elle permet à la personne de ne pas s'effondrer ou au contraire de ne pas "gonfler" selon les situations qu'elle rencontre ; et de par la flexibilité, elle assure au sujet la possibilité de s'adapter et d'évoluer en fonction des réalités et besoins nouveaux.

2.2. Estime de soi et coping

La théorie du stress de Lazarus et Folkman (1984) implique non seulement l'idée d'une interaction mais aussi d'une transaction entre le sujet et l'environnement. Le sujet devra réagir à la fois au stressor (événement réel) et à son propre stress (événement perçu comme stressant) et ce en fonction des ressources dont il dispose (Isabelle Paulhan & Bourgeois, 1995) ; Vinay, Esparbes-Pistre, & Tap, 2000). Ainsi, pour faire face aux événements stressants et à la détresse psychique, le sujet peut mobiliser des ressources personnelles comme l'estime de soi qui peut se définir comme le sentiment plus ou moins favorable que chacun éprouve à l'égard de ce qu'il est, ou plus exactement de ce qu'il pense être (Bariaud & Bourcet, 1994). L'estime de soi oriente donc le sujet dans ses réactions comme dans ses projets. Elle constitue une ressource qui influence l'analyse cognitive des situations, la perception de menaces ou la façon d'affronter les difficultés (Campbell, 1990). Ainsi, une estime de soi élevée permet de s'adapter aux situations difficiles en atténuant l'effet pathogène du stress (Greenberg et al., 1992). Ce regard-jugement que l'on porte sur soi est vital pour l'équilibre psychologique du sujet. Lorsqu'il est positif, il permet d'agir efficacement, de se sentir bien dans sa peau, de faire face aux difficultés de l'existence. Mais quand il est négatif, il engendre nombre de souffrances et de désagréments qui viennent perturber le quotidien (André & Lelord, 2011).

Certains travaux (Heimpel, Wood, Marshall, & Brown, 2002) ont souligné que les sujets à basse estime de soi faisaient moins d'efforts pour "se remonter le moral" après un revers. Après avoir été mis en échec en situation expérimentale, ils vont moins souvent choisir de regarder un film amusant que les sujets à haute estime de soi, alors qu'ils considèrent par ailleurs que cela leur ferait sans doute du bien. Cette spirale négative représente un problème très courant en psychopathologie : les thérapeutes

observent souvent que ce sont précisément les patients les plus fragiles qui ont recours aux stratégies de réparation les moins adaptées. Les psychanalystes parlaient à ce propos de « névrose d'échec », mais on est aujourd'hui plus prudent sur les motivations éventuelles de ce type de comportements contre-productifs. Peut-être que cette relative complaisance des sujets à basse estime de soi, ce « désir de rester triste » comme ils l'expriment parfois, est due à un sentiment de familiarité avec les émotions négatives habituellement ressenties : on se reconnaît alors davantage dans la morosité que dans la satisfaction, on y est au moins en terrain de connaissance (André, 2005). Il s'agirait alors plutôt de conduites d'auto-handicap : tout faire pour échouer peut représenter une stratégie paradoxale et plus ou moins inconsciente pour protéger l'estime de soi. Les sujets à basse estime de soi se disent qu'en cas d'échec, qu'ils anticipent, ils seront moins remis en question. Et les sujets à haute estime de soi, anticipant au contraire un succès, pensent que celui-ci sera plus éclatant et prouvera encore mieux leur valeur s'il survient malgré l'impréparation ou la désinvolture.

Les comparaisons sociales sont globalement très impliquées dans les efforts de 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 »).

2.3. Estime de soi et consommation de substances psychoactives

L'estime de soi a une fonction adaptative et protectrice pour l'individu (Harter, 2001), et une faible estime de soi affecterait profondément la capacité à s'adapter au changement (Modrain-Talbott, Pullen, Ehrenberger, Zandstra, & Muenchen, 1998). Les déficits de l'estime de soi représenteraient l'une des sources majeures de souffrance psychologique, et constitueraient un facteur déterminant dans les demandes de prise en charge psychothérapeutiques. De plus, l'étiologie et le maintien de nombreuses difficultés psychologiques seraient étroitement liées à des problèmes d'estime de soi (André & Lelord, 2011). Cette association entre l'estime de soi et la santé mentale a été démontrée par de nombreuses études empiriques (Vallieres & Vallerand, 1990), sans que les associations causales soient incontestablement établies.

Les mécanismes précis par le biais desquels une faible estime de soi serait associée à une augmentation de l'usage de drogues ne sont pas totalement connus. Certains théoriciens ont suggéré différentes possibilités : l'augmentation de l'usage d'alcool et de drogues favoriserait l'insertion dans certains groupes sociaux (Oetting, Donnermeyer, & Deffenbacher, 1998), ou aiderait le sujet à contrer les

émotions négatives suscitées par les expériences de rejet ou la dépression (Leary, Schreindorfer, & Haupt, 1995). Bien que les liens causaux restent toujours discutés, les résultats de trois études suggèrent toutefois que l'altération de l'estime de soi précéderait l'initiation de la consommation de tabac (Abernathy, Massad, & Romano-Dwyer, 1995 ; Fergusson, Lynskey, & Horwood, 1995 ; Laure, Binsinger, Friser, Ambard, & Girault, 2005).

Inversement, d'autres études ont rapporté un lien entre une faible estime de soi et la consommation de substances psychoactives (Andrews & Duncan, 1997 ; Jackson, Henriksen, Dickinson, & Levine, 1997 ; Taylor & Del Pilar, 1992 ; Walitzer & Sher, 1996 ; Wasson & Anderson, 1995).

L'étude de Kassel, Wardle, & Roberts (2007), conduite auprès de 212 jeunes étudiants, a notamment montré qu'une faible estime de soi était associée aux fréquences de consommation de tabac et de cannabis, mais pas à celle de l'alcool.

Par ailleurs, certains chercheurs ont suggéré qu'une estime de soi élevée pourrait constituer un facteur de vulnérabilité au regard de la consommation de drogues et d'alcool (Gerrard, Gibbons, Reis-Bergan, & Russell, 2000). Cette association s'expliquerait en partie par le fait que les individus ayant une haute estime d'eux-mêmes auraient tendance à interpréter et à comprendre les événements de manière biaisée dans le but de conforter l'image positive qu'ils ont d'eux-mêmes (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003). Il a été également avancé que le fait d'avoir une estime de soi élevée conduirait à minimiser la perception de sa propre vulnérabilité au regard des consommations de substances (Gerrard et al., 2000). Selon Emler (2001), une haute estime de soi conduirait en effet à une tendance plus marquée à prendre des risques sur le plan physique, ce que pourrait expliquer les résultats des études rapportant un lien entre l'estime de soi et les consommations de substances.

De plus, malgré l'importance de la dimension sociale, à la fois dans la définition même de l'estime de soi, mais également dans les motivations avancées par les usagers pour justifier leurs usages, aucune publication étudiant spécifiquement la composante sociale de l'estime de soi chez des consommateurs de substances psychoactives n'a été recensée dans la littérature.

L'estime de soi reste un problème central chez le patient alcoolodépendant, une faible estime de soi facilite le recours à l'alcool et inversement, le recours à l'alcool diminue l'estime de soi. Ainsi Aubry, Gay, Romo, & Joffre (2004) dans leur étude montrent que l'image de soi ainsi que l'estime de soi des patients alcoolodépendants sont plus négatives que dans la population générale. Ils notent également

une différence entre les femmes souffrant d'un TLU de l'alcool qui présentent une estime et une image d'eux plus faibles que les hommes. Pour plusieurs auteurs (Aubry et al., 2004 ; Beckman, 1978), l'estime de soi doit constituer un des axes centraux des interventions de soins pour obtenir l'abstinence.

3. Attachement

3.1. Approche théorique

3.1.1. Définitions

Au cours des 30 dernières années, la théorie de l'attachement est devenue une des plus importantes références conceptuelles pour la compréhension des relations humaines et de la régulation émotionnelle (Bowlby, 1973).

Selon Bowlby (1969) l'attachement à la figure maternelle servirait de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Il prétend que ce lien d'attachement en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèles à toutes les relations sociales et intimes de l'individu. Le besoin de contacts sociaux est à la base de la théorie de l'attachement contrairement à Freud qui considère que l'enfant s'attache à sa mère car elle satisfait un besoin primaire : le besoin d'alimentation.

Le principe de base de la théorie d'attachement est qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue (le *caregiver*).

Elle est basée sur le postulat que l'individu construit un modèle de fonctionnement interne basé sur la disponibilité de la figure d'attachement, à partir de laquelle il internalise des représentations de sa personne, de l'autre, ainsi que de la relation qu'ils ont ensemble. Le type d'attachement développé par le sujet dépend pleinement de l'expérience, c'est-à-dire de l'interaction établie avec la figure d'attachement et des réponses apportées par cette dernière aux besoins d'attachement de l'enfant. En fonction des réponses de la figure d'attachement, le sujet va développer des stratégies et des modèles de représentations d'attachement spécifiques (Bowlby, 1980). Si la figure d'attachement est disponible et apporte de la sécurité affective au sujet, celui-ci développera un attachement de "type sécurisant". En revanche, si cette figure n'apporte pas de sécurité affective, le sujet développera un attachement de "type insécurisant" (Bowlby, 1980).

Bowlby a montré une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance.

3.1.2. Les types d'attachement

Les travaux de Mary Ainsworth ont permis d'aller plus loin en élaborant, en 1969, une procédure empirique appelée situation étrange (*strange situation*) permettant de mesurer les comportements d'attachement (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). D'autres auteurs (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985 ; Van Ijzendoorn & Kroonenberg, 1988), sont venus compléter ces travaux. On décrit ainsi aujourd'hui quatre types d'attachement :

- **Attachement sécurisé** : bébé capable d'accepter la séparation d'avec ses parents. Il pleure, mais se console rapidement une fois le parent disparu de son champ visuel. Il se montre capable également d'explorer l'environnement pendant l'absence de son parent et montre sa satisfaction à son retour.

- **Attachement anxieux-évitant ou anxieux-détaché** : le bébé manifeste peu d'émotions lorsque son parent revient ou le quitte. C'est parce qu'il craint que ses parents ne fassent pas écho à ses émotions, voire qu'ils le rejettent. Cet attachement serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la mère. L'enfant n'a aucune confiance dans les réponses que sa mère lui fera : il s'attend à être repoussé lorsqu'il cherche auprès d'elle confort et protection. De tels enfants paraissent insensibles, mais la réalité est différente. Ils sont engagés dans une répression massive de leurs émotions parce qu'ils craignent que personne n'y réponde. Ils tentent alors de vivre leur vie sans soutien de la part des autres.

- **Attachement anxieux-ambivalent ou anxieux-résistant** : le bébé manifeste une très grande détresse au départ du parent, et une quasi-indifférence à son retour. En fait, il a tellement peur d'être abandonné qu'il fait des efforts terribles pour se passer du parent qui s'absente, à tel point que, épuisé, il n'est plus disponible à son retour pour communiquer avec lui. Ce modèle semble associé à une incohérence des réponses maternelles alternant entre la disponibilité et le rejet. L'enfant n'est pas certain que son parent sera disponible et lui répondra s'il fait appel à lui. L'enfant est sujet à l'angoisse de séparation, il s'accroche à sa mère, se montre angoissé pour explorer le monde.

- **Attachement désorganisé-désorienté** : le bébé réagit de façon brutale et paradoxale aux absences. Mais cette attitude est le miroir de ce dont il a d'abord souffert de la part de ses parents. Ceux-ci ont en effet souvent vécu des traumatismes graves, comme des deuils ou des carences affectives importantes. C'est parce qu'ils font alterner des comportements extrêmes et inexplicables que leurs enfants développent à leur tour des peurs inexplicables.

3.1.3. Modèles internes opérants

Mais si le système d'attachement se manifeste tout d'abord de manière comportementale, il est soutenu également par des modèles de représentations ou modèles internes opérants (MIO) (Bowlby, 1980) constitués d'un modèle de soi et d'un modèle de la figure d'attachement (et par extension d'autrui). En effet, selon Bowlby, les personnes intériorisent leurs expériences sous forme de MIO de soi et des autres (Bowlby, 1973). Ces conceptions théoriques du modèle de soi et du modèle de l'autre renvoient successivement à deux dimensions empiriques et mesurables de l'attachement dans les relations interpersonnelles : l'anxiété et l'évitement (Kurdek, 2002). En fonction de la qualité des expériences infantiles précoces, les modèles internes opérants colorent les représentations que le sujet a du monde et de lui-même et du monde en tant qu'agent de l'environnement : ils "agissent" dans les relations interpersonnelles sur différents aspects : la cognition, les émotions et la conduite à tenir (Matthieu Reynaud, 2011).

Les MIO sont des représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles l'individu perçoit les événements, entrevoit le futur et construit ses plans. Au fil de ses interactions avec sa figure parentale privilégiée, l'enfant intériorise la relation et se forge un Modèle Interne Opérant qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. Ce MIO va servir de schéma mental pour ses relations futures. Ainsi, les MIO se construisent à partir des échanges avec l'entourage familial qui permettent à l'enfant d'interpréter et comprendre les comportements de ses proches et d'anticiper les réactions d'autrui. Le Modèle Interne Opérant commence à s'établir entre 6 et 9 mois et se stabilise vers 5-6 ans. Sauf événements de vie critiques (décès, maladies, ruptures, etc.), le MIO reste le même tout au long de la vie.

La notion de MIO implique que chaque personne développe ses relations interpersonnelles à partir de ce qu'elle a vécu dans ses premiers liens, puis a continué à partir de ceux-ci à définir ses rapports subjectifs avec autrui et leur donner la forme singulière qu'elle a prise au fil du temps.

3.1.4. Attachement à l'âge adulte

Mary Main a travaillé sur l'attachement adulte en mettant au point l'*Adult Attachment Interview (AAI)* (Mary Main et al., 1985). L'AAI est un entretien semi-directif ayant pour but de cerner l'état d'esprit actuel de la personne à l'égard des expériences relationnelles de l'enfance. La cotation se fait sur la structure du récit et sur la cohérence du discours. Ce système permet ainsi de catégoriser les représentations d'attachement en quatre catégories (Main, 1998 ; Miljkovitch, 2001) :

- **L'état d'esprit « sécure » ou « autonome »** (F, *free* ou *autonomous-secure*) : décrit des personnes qui ont un accès facile à leurs souvenirs et émotions d'enfance. Le récit des expériences passées est cohérent, que leur histoire ait été favorable ou non ; les relations affectives sont valorisées, sans dépendance excessive. Ces personnes se présentent comme ayant confiance en eux-mêmes ainsi qu'en les autres.

- **L'état d'esprit « détaché »** (Ds, *dismissive of early attachments*) : décrit des personnes désengagées émotionnellement à l'égard des expériences relationnelles. Elles semblent n'avoir qu'un accès limité aux souvenirs, tout en offrant un portrait normalisé, voire idéalisé, de leurs parents. Il existe une incohérence entre une description idéalisée des parents et une impossibilité d'illustrer par des souvenirs précis. On reconnaît à l'œuvre les processus d'exclusion défensive des affects et de confiance en soi compulsive.

- **L'état d'esprit « préoccupé »** (E, *enmeshed* ou *preoccupied with early attachments*) : décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences relationnelles. Leur récit est très fourni mais digressif. Une colère encore vive envers les parents peut être perceptible. Ces personnes se présentent comme manquant de confiance en elles.

- **L'état d'esprit « non résolu-désorganisé »** (U-d, *unresolved-disorganized*) : le discours se désorganise dans sa forme ou son contenu quand sont évoquées des expériences traumatiques (perte, séparation, abus). Ces personnes ne sont pas parvenues à une élaboration mentale permettant de prendre une certaine distance émotionnelle à l'égard de ces événements.

On retrouve les mêmes types de patterns, issus de l'intuition de Mary Ainsworth. Mais, à la différence de la *Strange Situation*, la cotation n'aboutit pas à catégoriser une relation mais l'état d'esprit d'un individu à l'égard des relations d'attachement. Leur distribution dans la population générale est 27%

de Ds, 56% de F et 17% de E (et 21% de U, catégorie cotée séparément et se superposant à l'une des trois précédentes) (Pierrehumbert, 2003).

3.1.5. Valeur prédictive de l'attachement

Un grand nombre de troubles psychiatriques sont associés à des représentations d'attachement insécure (Dozier, Chase, & Albus, 2008). Cela ne veut pas dire qu'insécurité est synonyme de pathologie. La plupart des troubles psychiatriques ont une origine multifactorielle. Ainsi, le Dr Nicole Guédeney dans la préface de l'ouvrage de Prior & Glaser (2010, page 9) considère que la qualité de l'attachement est à considérer comme un facteur de protection ou un facteur de vulnérabilité lorsqu'il est associé à d'autres facteurs de risques. Cela veut dire qu'un trouble de l'attachement est un facteur de risque (ou de résilience) de survenue de troubles psychiatriques et que, réciproquement, la pathologie est une source d'activation et éventuellement de perturbation du comportement d'attachement (Pionnié & Atger, 2003).

Les adultes avec un état d'esprit détaché excluent leurs affects et auraient tendance à nier leur besoin d'aide pour se préserver d'une indisponibilité éventuelle du donneur de soins tandis que les adultes avec un état d'esprit préoccupé présentent un narratif confus et auraient au départ des difficultés pour établir une alliance avec le thérapeute mais pourraient ensuite en devenir dépendant.

À une extrémité de ce continuum se situerait la catégorie « détaché » dans laquelle les stratégies visent à minimiser les besoins. L'attention est détournée des angoisses, l'expression libre des affects (en particulier négatifs) est minimale et les structures pour les réguler sont rigides et très organisées. Malgré le fait que les classifications « détaché » ne reflètent pas en elles-mêmes une pathologie, ces stratégies prédisposent à des troubles externalisés (*externalizing disorders*), ce qui semble cohérent avec le fait que l'attention est détournée du soi sans résolution des représentations négatives, dans une stratégie de fuite. Les états d'esprit « détachés » sont associés aux personnalités antisociales, aux troubles des conduites alimentaires, aux abus de substance, aux formes hostiles de dépression et aux formes externalisées de troubles anxieux (symptômes phobiques par exemple).

L'insécurité d'attachement prédisposerait à une vulnérabilité psychosomatique, à des troubles anxieux divers, à des états dépressifs, à des troubles comportementaux externalisés (impulsivité, agressivité, passages à l'acte), à des troubles comportementaux internalisés (troubles anxieux, dépression, retrait),

à des troubles de la concentration et de l'attention.

Pour certains auteurs la pathologie anaclitique se retrouverait chez des personnes dépendantes, histrioniques ou borderline tandis que la pathologie introjective caractériserait plutôt les personnalités schizoïdes, schizotypiques, narcissiques, antisociales ou évitantes.

Il pourrait exister des liaisons possibles entre types d'attachement. L'attachement sécure donnerait des personnalités névrotiques tandis qu'un attachement anxieux-évitant donnerait des personnalités évitantes, des personnalités narcissiques, un léchage paranoïde, des troubles dissociatifs, des toxicomanies, des addictions et des conduites à risques. L'attachement anxieux-ambivalent entraînerait une menace de perte d'objet, des dépressions anaclitiques, des dépressions somatiques, des personnalités borderline et des personnalités dépendantes.

3.2. Attachement et coping

En fonction du style d'attachement, les sujets diffèrent dans la manière d'expérimenter et de répondre au stress (Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003). En général, les sujets ayant un attachement sécure répondent au stress avec moins de détresse et avec des stratégies centrées sur le problème, contrairement aux sujets ayant un attachement insécurisant qui sont plus à risque de dépression (Ciechanowski et al., 2003). Les recherches montrent également que le style d'attachement a un impact sur le fonctionnement adulte et la satisfaction de vie (Hinnen, Sanderman, & Sprangers, 2009).

Pour Miljkovitch (2013), le lien entre attachement et régulation émotionnelle n'est plus à démontrer. La relation d'attachement est, par essence, le moyen par lequel l'individu tente de trouver une homéostasie interne dès les premiers jours de la vie. Lorsqu'un nourrisson est soumis à un stress quelconque, son premier réflexe est de signifier son état à sa figure d'attachement pour qu'elle dissipe au plus vite le malaise ressenti. Selon la qualité de ses réponses, le nourrisson retrouvera un état d'apaisement (attachement sécure) ou, au contraire, sera aux prises avec une anxiété grandissante (attachement insécure). Dès les premiers mois, les bébés insécures tentent d'élaborer des stratégies d'attachement (ou « stratégies secondaires »), qui sont plus optimales que leurs comportements innés, en ce qu'elles sont plus efficaces pour inciter la figure d'attachement à apporter des soins adéquats (Miljkovitch, 2001). Lorsque ses comportements innés provoquent des réactions de rejet, l'enfant va inhiber son système d'attachement (attachement insécure-évitant). Ce faisant, il cesse de faire appel au parent. L'enfant tente de gérer sa détresse en s'en détournant et ce, en focalisant son attention sur autre chose que l'attachement. Lorsque les réponses parentales sont parfois adéquates mais pas

toujours fiables, l'enfant en arrive à hyperactiver son système d'attachement pour s'assurer de la constance des soins parentaux. Cela consiste à manifester un besoin quasi continu de l'adulte à travers une apparente incapacité à gérer seul la moindre difficulté (attachement insécure-ambivalent ou résistant). Mais parfois, le rapport au parent est tel qu'aucune des tentatives de l'enfant ne parvient à provoquer chez lui une attitude rassurante. L'enfant forme alors un attachement « désorganisé » (Lyons-Ruth, Bronfman, & Atwood, 1999), en ce sens que les comportements auxquels il recourt manquent de cohérence et relèvent d'un conflit entre deux tendances contradictoires (Main & Solomon, 1986). C'est le cas lorsque l'enfant est effrayé par sa figure d'attachement. Il se trouve alors dans une situation paradoxale et insoluble où la personne censée le rassurer est en même temps la source de sa peur (Main & Hesse, 1990). La recherche de protection se heurte alors à un réflexe incompatible de fuite ; l'enfant est partagé entre deux stratégies et ne réussit pas à trouver de moyen efficace pour gérer sa détresse. Son incapacité à provoquer chez l'adulte des attitudes sécurisantes le conduit à vivre dans un état d'alerte insoutenable. Plusieurs études attestent du lien entre attachement et régulation émotionnelle, y compris au niveau neurobiologique (Hertsgaard, Gunnar, Erickson, & Nachmias, 1995 ; Scheidt et al., 2000 ; Spangler & Schieche, 1998). Ce qu'il en ressort, c'est que l'attachement sécure constitue un facteur de protection face au stress, tandis que l'attachement insécure, et a fortiori désorganisé, constitue à l'inverse un facteur de vulnérabilité, du fait de la dysrégulation des affects qui y est associée.

Les résultats d'une étude (Ognibene & Collins, 1998) ont montré que les personnes ayant un attachement sécure perçoivent davantage de soutien disponible de la part de leurs amis et de leur famille et utilisent plus des stratégies de recherche de soutien social en réponse au stress. Bien que les adultes ayant un état d'esprit préoccupé recherchent également un soutien social en réponse au stress, ils ont également tendance à utiliser plus fréquemment des stratégies d'évitement. Les personnes détachées étaient beaucoup moins susceptibles de rechercher un soutien social et étaient plus susceptibles de se distancer dans certains contextes.

3.3. Attachement et consommation de substances psychoactives

La première forme de dépendance est celle du nourrisson à l'égard de sa mère. L'attachement tel que Bowlby l'a décrit en 1969 est un processus inné destiné à assurer la survie d'une espèce en maintenant un lien particulier entre le nourrisson et sa mère. Il va influencer par la suite la façon dont l'individu va établir des relations sociales pour le reste de sa vie. La qualité de l'attachement chez l'adulte joue un rôle important « de vulnérabilité ou de facteur de protection dans le développement tout au long de

la vie » (Bowlby, 1988). C'est dans ce contexte que vont se développer le sentiment de contrôle, les capacités de régulation émotionnelle, et plus généralement un rapport au monde (Miljkovitch, 2009). Or, ces facteurs, même s'ils ne sont pas figés, jouent un rôle important dans la protection contre les dépendances. Bien que les occasions auxquelles un individu est exposé puissent considérablement accroître le risque d'addiction, on considère aujourd'hui que certaines personnes sont plus enclines que d'autres à développer ce trouble. Parmi les facteurs invoqués, on se rend compte que l'attachement détermine les fondations sur lesquelles l'individu va pouvoir s'appuyer dans la gestion de ses états internes. L'absence de telles assises peut prédisposer un individu à des conduites addictives.

La notion de Modèle Interne Opérant implique que chaque personne développe ses relations interpersonnelles à partir de ce qu'elle a vécu dans ses premiers liens, puis a continué à partir de ceux-ci à définir ses rapports subjectifs avec autrui et leur donner la forme singulière qu'elle a prise au fil du temps. Cette dimension évolutive et dynamique de la construction des représentations des liens que chacun développe avec autrui au cours de sa vie, fait que nous rencontrons forcément dans le cadre de l'accompagnement ou du traitement des addictions des personnes qui ont développé tel type d'attachement et tel MIO dans lequel la « solution » du moment, que représente le symptôme de l'addiction, trouve parfaitement sa place.

Flores (2004) définit l'addiction comme une tentative d'auto-régulation ou d'auto-apaisement chez la personne dont la qualité de l'attachement ne suffit pas à apporter sécurité et bien-être. Selon cet auteur, la personne dépendante se retirerait dans un « self grandiose » ou un faux self, comme moyen d'éviter le besoin de s'attacher. Autrement dit, plutôt que de reconnaître le besoin de se reposer sur quelqu'un pour trouver un équilibre et du réconfort, elle se tournerait à la place vers une substance ou une activité censée la soulager. Le déni des besoins d'attachement serait ce qui pousse un individu à rechercher le plaisir ailleurs que dans les relations interpersonnelles. Les relations avec la nourriture, le tabac, l'alcool, les drogues, le sexe, les jeux sont autant de relations qui ne dépendent que de soi, sans que l'on soit tributaire de quelqu'un d'autre pour y accéder. Le fait de pouvoir en disposer à sa guise donne une impression de contrôle, impression contraire à celle qui s'est développée dans les relations aux parents et par rapport à la gestion de ses propres affects. En cela, la dépendance revient à une recherche de sécurité et de réassurance lorsque les moyens mis en œuvre au sein des relations se sont avérés inefficaces. On peut donc facilement imaginer que les personnes insécures, parce qu'elles ne parviennent pas à trouver du réconfort et une satisfaction dans leurs relations affectives, sont prédisposées à rechercher à travers des conduites addictives un moyen d'éprouver du plaisir et d'en « oublier » leurs affects négatifs. Plusieurs recherches vont dans le sens de cette hypothèse (Newcomb,

1995 ; Petraitis, Flay, Miller, Torpy, & Greiner, 1998).

De nombreux patients consultant pour des conduites addictives présentent des troubles de l'attachement (67 % dans l'étude de Wedekind et al. (2013) chez des patients alcoolodépendants), notamment des troubles de l'attachement inséure-évitant, inséure-désorganisé et inséure-ambivalent. Ces troubles peuvent être isolés ou s'inscrire dans le cadre de troubles de la personnalité (40 % des sujets alcoolodépendants et 70 % des sujets dépendants aux drogues selon les critères DSM-IV dans l'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC (Grant et al., 2004).

Nous pouvons montrer l'importance de l'attachement dans une étude de Rosenstein & Horowitz (1996) sur des adolescents qui montrent qu'un attachement inséure est en lien avec des troubles du comportement, des addictions diverses mais également des troubles de la personnalité. Cette étude nous informe plus généralement sur le lien entre la psychopathologie et le style d'attachement.

Concernant les dépendances aux substances, une étude de Cooper en 1998 montre que la dépendance à l'alcool est rattachée à un attachement inséure chez les adolescents. De plus, l'attachement inséure chez les alcooliques est associé un trait d'inquiétude élevé, un évitement cognitif important (Wedekind et al., 2013).

D'après Khantzian, l'attachement inséure serait le facteur clé qui ferait qu'une consommation occasionnelle de drogues évolue vers une véritable toxicomanie (Khantzian, 1997). Les personnes sécures, elles, n'auraient pas besoin de ces produits pour réguler leurs affects et y trouveraient donc un bénéfice moindre que les personnes insécures. Dans la mesure où les addictions comportementales activent aussi les circuits de récompense (Reynaud, 2016), il semble raisonnable que ce mécanisme s'applique également à ces cas-là, malgré l'absence de substance psychoactive. L'intuition de Flores est en effet corroborée par plusieurs recherches attestant d'un lien entre l'attachement inséure et différentes formes d'addictions, y compris comportementales (De Rick, Vanheule, & Verhaeghe, 2009 ; Schindler et al., 2005 ; Zapf, Greiner, & Carroll, 2008).

Conclusion première partie

Ce travail a permis de souligner à quel point les dimensions psychologiques telles que l'estime de soi, les stratégies de coping et l'attachement sont centrales pour la définition du fonctionnement d'un individu. Leur altération est associée à de nombreux dysfonctionnements, et notamment à la consommation de substances psychoactives, ainsi que des troubles de la régulation émotionnelle et de la gestion des relations interpersonnelles. Nous avons vu par exemple que des modifications de l'estime de soi (augmentation ou diminution) s'accompagnent habituellement de réactions émotionnelles importantes. Ce constat en fait des facteurs clés, à la fois en termes de prévention, mais également de ciblage du choix des programmes d'interventions thérapeutiques.

DEUXIEME PARTIE : thérapie d'affirmation de soi

1. Définitions et bases théoriques

1.1. Historique

Le terme d'assertivité vient du mot anglais « *assertiveness* », initié par Andrew Salter, psychologue New-yorkais dans la première moitié du siècle dernier, bien qu'il n'ait pas utilisé le terme lui-même. S'inspirant des travaux de Pavlov, il tente d'apprendre à des individus à affirmer leur personnalité par des instructions adéquates, sans se soucier des conséquences.

En 1957 Burrhus Frederic Skinner (dans *Verbal Behavior*), étend l'application des mêmes principes du conditionnement opérant (*feedback* positif) à la communication, entendue comme un comportement particulier propre à obtenir ce que nous voulons.

Joseph Wolpe et Arnold Lazarus (Wolpe & Lazarus, 1966) développent le concept d'affirmation de soi (ADS) et définissent le comportement assertif comme l'expression libre de toutes les émotions vis-à-vis d'un tiers à l'exception de l'anxiété. Ils établissent une distinction claire entre les comportements affirmé, passif, agressif et manipulateur.

Par la suite, l'apprentissage de l'ADS est utilisé par les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale qui contribuent à préciser et à élaborer sa dimension théorique tout en améliorant ses modes d'application en clinique.

Ainsi, Alberti et Emmons dans les années 1970 définissent l'ADS comme un ensemble de techniques et de stratégies de communication permettant d'agir au mieux dans son propre intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres.

Puis en 1975, Lieberman envisage l'assertion sous l'optique de l'efficacité personnelle, c'est-à-dire de la capacité d'une personne à établir une communication efficace et significative avec autrui.

1.2. Définitions

1.2.1. Affirmation de soi

L'affirmation de soi se définit comme « *un ensemble de techniques et de stratégies de communication permettant d'agir au mieux dans son propre intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier ceux des autres* » (Alberti & Emmons, 1974).

L'affirmation de soi n'est donc pas une qualité de la personne, mais un comportement, un axe de conduite qui se travaille et s'apprend. On ne parle donc pas de personne affirmée, mais de **comportements affirmés**. De manière générale, l'affirmation de soi est définie comme un ensemble de techniques comportementales et cognitives qui vise à améliorer les compétences de communication.

Il existe trois types de communication dans la relation à l'autre, l'un passif, un autre agressif et enfin, affirmé. L'affirmation de soi va donc être indiquée pour les deux premiers types de communication avec pour objectifs de permettre au sujet d'acquérir des stratégies de communication, d'amener le sujet à être le plus à l'aise possible dans la communication, d'affronter les stressors relationnels, de modifier les comportements inadaptés et inefficaces et enfin, de diminuer son anxiété sociale.

1.2.2. Types de comportements

Un état d'esprit affirmé peut se manifester par les capacités suivantes (Cariou-Rognant, Chaperon, & Duchesne, 2014) :

- Percevoir son droit à avoir tel ressenti, tel goût ou telle opinion et à le faire valoir.
- Respect de la diversité des points de vue.
- Distinguer les comportements des personnes.
- Vérifier sa compréhension de la position de l'autre.
- Acceptation de ses faiblesses et de leurs manifestations.
- Droit de refuser en contrariant l'autre.
- Responsabilisation envers soi-même de ses conduites.
- Ne pas se justifier, mais ne pas chercher l'approbation des autres.

L'ADS est un mode de communication qui se définit également par opposition à 3 comportements inadaptés :

- **L'agressivité** qui se caractérise par une relation au détriment de l'autre avec une expression

émotionnelle forte, non maîtrisée. Les causes sont souvent à la fois une mauvaise gestion des émotions négatives et un manque de modèles comportementaux adaptés.

- **L'inhibition** qui se caractérise par une incapacité à : exprimer ses émotions, faire des demandes concrètes, dire non ou exprimer un avis de peur de contrarier son interlocuteur. Les causes sont liées à un excès d'anxiété ainsi qu'un manque de modèles comportementaux adaptés.
- **La manipulation** qui est en réalité un comportement agressif déguisé (volontaire ou non) et qui correspond souvent à une stratégie d'évitement de la confrontation directe, de conflit.

1.2.3. L'ADS est un comportement relationnel

	Comportement inhibé	Comportement affirmé	Comportement agressif
Composantes verbales	Exprime peu ou pas ses besoins. Attend qu'on devine ses besoins.	Exprime ses besoins et ses désirs. Respecte équitablement les besoins et les désirs de l'autre. Parle autant qu'il écoute l'autre.	Impose ses besoins et ses désirs. Ne respecte pas l'autre. Parle à la place de l'autre.
Composantes non-verbales	A tendance à ne pas regarder l'autre en face, baisse souvent les yeux et la tête, la voix est souvent faible et peu audible.	Direct, clair et précis dans son expression. Regarde l'autre en face, la posture est décontractée, la voix est claire et suffisamment forte.	Regarde l'autre fixement, la posture est tendue, rigide, la voix est forte, peut s'approcher très près de l'autre pour lui parler.
Composantes cognitives	Peur du conflit, peur de mal faire, peur de blesser.	En cas de conflit cherche un compromis.	Tendance à généraliser. En cas de conflit, n'hésite pas à contre-attaquer.
Composantes émotionnelles	Se sent souvent mal, frustré, regrettant de ne pas s'être exprimé. Ruminations. Sentiment de non-accomplissement.	Possible anxiété. Soulagement, satisfaction.	Colère, tension psychique.

1.2.4. Les avantages de l'ADS

- On a une confiance en soi augmentée,

- Symétriquement on obtiendra le respect des autres,
- On obtient de façon plus efficace ce que l'on désire,
- On renforce le sentiment d'efficacité personnelle et de contrôle sur soi.

L'ADS, par élimination de ces attitudes dysfonctionnelles, émerge ainsi comme un comportement qui permet l'expression efficace de ce que l'on veut, ce que l'on pense, ce que l'on ressent sans anxiété excessive tout en respectant les autres sans redouter la confrontation ; Cependant il n'est ni inné ni spontané, il doit s'apprendre et être mis en place volontairement.

En corollaire, elle permet d'accroître la confiance en soi (sentiment de compétence, de capacité dans mes actions) et l'estime de soi (vision de soi-même et de son appréciation par les autres). En effet, le sujet qui a peu d'estime envers lui-même souffrira d'un sentiment d'incapacité, d'infériorité et se sentira inapte à faire face au stress suscité par les situations sociales. Cette souffrance ressentie lors des événements sociaux est nommée « anxiété sociale » qui est la première indication pour les thérapies d'affirmation de soi.

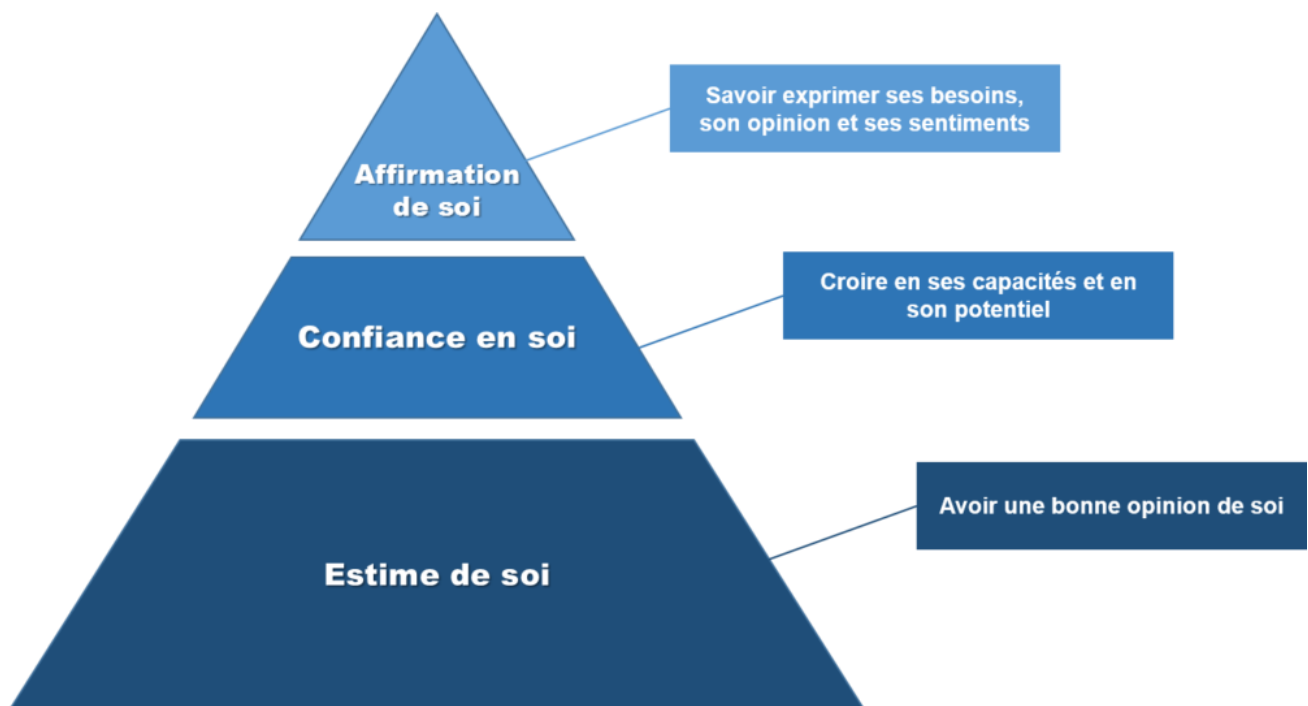


Figure 2 : Pyramide de la confiance en soi (d'après Fanget, 2003)

L'Estime de soi personnelle : jugement de valeur global que nous portons sur notre personne. (cas particulier d'une bonne estime de soi sociale, dépendant de l'image donnée aux autres, avec une mauvaise estime de soi personnelle).

La Confiance en soi : notre sentiment de compétence personnelle, notre confiance en notre capacité à agir, à décider.

L'affirmation de soi : notre capacité à exprimer nos opinions, nos émotions, afin de faire respecter nos droits tout en respectant les opinions, les émotions et les droits d'autrui.

2. Modèle théorique et principes thérapeutiques

2.1. **Modèle théorique**

La thérapie d'affirmation de soi repose sur le modèle théorique des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique (ou répondant), conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social.

Par le travail sur le comportement le thérapeute vise une modification triple : comportementale, émotionnelle et cognitive (modification des schémas de pensées : représentations de soi, des autres et du monde). Dans la thérapie d'affirmation de soi, le travail comportemental est la voie d'abord principale choisie.

2.1.1. Conditionnements opérants

Il décrit le développement et le maintien des réponses motrices et verbales. Il a été décrit dès la fin des années 1930 par Skinner, comme une extension de la théorie darwinienne de la sélection naturelle.

Selon lui, un comportement normal ou pathologique, tant chez l'animal que chez l'humain, est conditionné par ses conséquences. Si un comportement est suivi d'un stimulus agréable, l'individu aura tendance à le reproduire et le rendra plus fréquent (renforcement positif). S'il est suivi par un stimulus désagréable, l'individu aura tendance à le faire rapidement disparaître (renforcement négatif : conditionnement d'échappement ou d'évitement des situations aversives). S'il n'est suivi d'aucun stimulus, ni agréable ni désagréable, l'individu aura quand même tendance à l'éliminer, mais plus lentement, cette fois (extinction). Pour modifier un comportement, il importe donc, avant tout, de le faire suivre de conséquence agréables ou désagréables, ou de ne l'associer à aucune conséquence, selon qu'on veut en augmenter la manifestation ou la diminuer plus ou moins rapidement.

Deux grands principes pratiques, issus du conditionnement opérant, sont le plus souvent utilisés :

- le principe de segmentation de la difficulté : il consiste par exemple à classer de 0 à 100 les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape ;
- le façonnement progressif (*shaping*) avec renforcement positif des comportements qui, s'approchant progressivement du but recherché, évite le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes. Le renforcement positif est présenté par le thérapeute sous forme d'approbation.

En 1957, Skinner a étendu l'application des mêmes principes de conditionnement opérant à la

communication, dans son ouvrage intitulé *Verbal Behavior*. Cela part de l'observation que si une personne demande un objet à une autre personne, le fait de recevoir cet objet en retour va renforcer le comportement de demande, augmentant ainsi la probabilité que le sujet répète plus tard ce comportement dans des conditions similaires pour obtenir le même type de résultat. Skinner y formule une théorie où la communication est vue comme un comportement particulier qui vise à obtenir des conséquences bien précises au travers d'autres individus.

2.1.2. Apprentissage social

Le cadre théorique de référence des techniques d'affirmation de soi est la théorie de l'apprentissage social proposée par Bandura en 1977, c'est-à-dire l'apprentissage par l'action, par la performance du patient : l'acquisition de connaissances d'un individu peut être directement liée à l'observation d'autrui dans le cadre des interactions sociales, des expériences.

La théorie de l'apprentissage social désigne trois procédures d'acquisition qui ont leur source dans l'entourage de l'individu :

- l'apprentissage dit vicariant est celui qui résulte de l'imitation par l'observation d'un pair qui exécute le comportement à acquérir (ici le thérapeute),
- la facilitation sociale désigne l'amélioration de la performance de l'individu sous l'effet de la présence d'un ou de plusieurs observateurs ce qui conduit à privilégier dans de nombreux cas les formations en groupe,
- l'anticipation cognitive est l'intégration d'une réponse par raisonnement à partir de situations similaires.

Dans l'apprentissage vicariant, quatre processus permettent au sujet de reproduire un comportement fonctionnellement équivalent à celui du modèle : les processus attentionnels, les processus de rétention mnésique, les processus de reproduction motrice et les processus de renforcement.

Les processus attentionnels :

L'attention permet dans un premier temps d'observer et de coder. En effet, pour qu'il y ait apprentissage, les personnes doivent d'abord percevoir correctement les traits pertinents du ou des comportements modelés. L'information acquise sert alors de guide à l'action.

Les processus de rétention mnésique :

L'observation d'un comportement est toutefois sans effet si les individus ne peuvent par la suite s'en souvenir. La rétention mnésique, avec répétition symbolique et répétition motrice mentale, vise à ce que les patterns de réponses du ou des comportements modelés soient représentés en mémoire de manière permanente chez l'observateur.

Les processus de reproduction motrice :

Cette composante du modelage concerne la traduction et la transposition des représentations symboliques en actions. L'individu doit en effet reproduire en actes ce qu'il a observé, codé et mémorisé.

Les processus de renforcement :

Nous avons besoin d'être motivés pour faire quelque chose. Souvent, cette motivation provient de notre observation d'autres personnes qui ont été récompensées ou punies pour quelque chose qu'elles ont fait ou dit (action si observation de conséquences positives). Cela nous motive généralement plus tard de faire, ou d'éviter de faire la même chose. Le renforcement peut intervenir à chacun des stades du processus d'apprentissage social par imitation.

Bandura distingue trois types de processus de renforcement (ou processus motivationnels) :

- le renforcement externe où les conduites sont régulées directement par des facteurs externes comme des récompenses ou des punitions ;
- le renforcement vicariant où le sujet observe un individu (modèle) puni ou récompensé pour un comportement qu'il va ensuite soit éviter d'émettre soit imiter ;
- l'auto-renforcement lié à l'anticipation de récompenses, qui déclenche les processus d'attention en vue d'imiter le modèle.

L'acquisition d'un comportement affirmé va ainsi passer en grande partie par imitation de modèle (apprentissage vicariant), on va parler de *modeling*. Il répond à plusieurs principes simples, tels que la proximité entre le modèle et le sujet (âge, sexe, caractéristiques socio-culturelles), l'effet favorable d'un ascendant de prestige sans oublier que le modèle doit rester accessible et imparfait. Le thérapeute doit donc être prêt à jouer dans des exemples-modèles, mais aussi à s'impliquer dans le groupe en tant que lui-même, affirmé mais non parfait.

2.2. Principes thérapeutiques et facteurs de changement

La pratique des exercices d'affirmation de soi, en groupe thérapeutique ou in vivo, constitue une épreuve d'exposition / désensibilisation, où les principes de répétition sont essentiels (répétition de jeux de rôle dans le groupe, in vivo et en imagination). L'exposition se base sur le conditionnement classique et le conditionnement opérant et utilise le principe d'habituation.

Chez l'homme qui souffre de réponses émotionnelles excessives, l'habituation par présentation prolongée et répétée des stimuli aboutit à la diminution de la force des réponses inconditionnelles contrôlées par le tronc cérébral et le complexe amygdalien (Inserm, 2004). En revanche, la présentation brève des stimuli évocateurs d'obsessions et de compulsions ou de phobies ne fait qu'accroître l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures. Il s'agit du phénomène inverse de l'habituation : la sensibilisation.

En général il faut 45 minutes d'exposition pour aboutir au phénomène d'habituation. Le thérapeute doit donc proposer aux patients qui sont traités par les méthodes d'exposition, des séances répétées et prolongées, plutôt que des séances brèves (Eraldi-Gackiere & Graziani, 2007).

Au cours de l'exposition, le comportement est modifié de façon graduelle (façonnement progressif, *shaping*), en renforçant les comportements qui s'en rapproche (renforcement positif). Le thérapeute affine l'apprentissage par ses commentaires (*feedback*) positifs ou négatifs très spécifiques, étape par étape, jusqu'à s'approcher du comportement souhaité dans un climat encourageant. En cours de jeu, le thérapeute peut guider le patient comme un metteur en scène (*coaching*) ou lui souffler quelques phrases (*prompting*).

3. Thérapie d'affirmation de soi

3.1. Diagnostic du déficit en ADS

L'évaluation de l'indication à une thérapie d'affirmation de soi repose sur l'analyse fonctionnelle, qui est l'étape préalable à toute intervention psychothérapeutique (Fanget & Rouchouse, 2007).

Il s'agit d'un mode de description du manque d'affirmation de soi qui consiste à identifier, dans des situations d'interaction sociale chez le patient, des séquences précises liant des situations à des émotions, des cognitions et des comportements.

Plusieurs modèles ont été proposés pour l'analyse fonctionnelle : le modèle SECCA (Cottraux, 1985), le modèle rétroactif de Fontaine et Ylieff, 2006, le schéma interactionnel circulaire type Cungi, 1996 ou le modèle SORC classique en TCC.

L'utilisation initiale d'échelles de mesure d'assertivité est recommandée. Il ne s'agit pas ici d'une présentation exhaustive des outils d'évaluation de l'assertivité sociale, mais plutôt la description de quelques échelles validées en français :

- L'échelle d'affirmation de soi de Rathus est historiquement prépondérante (Rathus (1973), traduite et validée par Bouvard, Cottraux, Mollard, Messy, & et al, 1986. Elle donne une note globale d'affirmation de soi (envisageant les dimensions émotionnelle, comportementale et cognitive), sensible au changement thérapeutique, et distingue les sujets anxieux sociaux d'une population témoin. Elle a donné lieu à de nombreuses critiques dans la mesure où elle mélange le comportement affirmé et le comportement agressif. En revanche, l'échelle de Rathus semble avoir une assez bonne efficacité pour mesurer l'inhibition, ce qui représente notre problème essentiel en clinique.

- L'auto-questionnaire d'affirmation de Chalvin, 1980, validé par Pihet, Page, & Bryois, 2005, explore et distingue bien les quatre types de comportements relationnels (affirmé, inhibé, agressif et manipulateur).

- L'échelle d'assertion pour adultes (Gay, 1975, traduite par Bourque & Ladouceur, 1978),

- L'échelle de communication (10 items sur l'écoute active) et l'échelle d'affirmation de soi (14 items sur les différents chapitres de l'entraînement aux habiletés sociales) développées par Cungi, Bouvard, & Rey (1998) sont des outils francophones très pratiques avant l'organisation d'un groupe.

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) (Vallieres & Vallerand, 1990) est souvent ajoutée au bilan d'évaluation. Elle permet d'évaluer la base de la pyramide, c'est à dire l'estime de soi, et de faire la différence avec l'évaluation de soi.

3.2. Objectifs thérapeutiques

L'ADS s'inscrit donc dans le champ du développement des habiletés sociales, qui font elles-mêmes partie des habiletés adaptatives. Les habiletés sociales sont des comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement.

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont prouvé depuis longtemps leur efficacité dans l'amélioration des patients. Cette technique thérapeutique est indiquée dans de nombreuses pathologies tels que la phobie sociale, les troubles psychiatriques sévères (schizophrénie et épisode dépressif majeur), la dépression, l'addiction, les troubles sexuels et conjugaux, et les troubles du comportement alimentaire.

L'apprentissage de l'ADS a pour but d'aider la personne à mieux connaître, à mieux utiliser certaines notions élémentaires de psychologie, plus particulièrement en ce qui concerne trois aspects :

- Identifier les émotions, les pensées et les opinions.
- Reconnaître ses droits et ceux des autres.
- Communiquer et ainsi faire savoir clairement ses émotions, ses pensées et ses opinions et faire respecter ses droits, tout en respectant ceux des autres.

L'application pratique des techniques d'affirmation de soi va avoir deux axes principaux :

- Exprimer ses besoins et ses émotions de manières adéquates. Pour cela, nous allons travailler le renforcement positif, l'expression d'une critique et la manière de faire une demande.
- Réduire la pression des autres (gestion du stress) en travaillant sur le refus, la manière de mettre fin à une conversation et enfin, la manière de répondre à des messages négatifs.

Voici les habiletés que l'on va chercher à développer avec la personne :

- Faire une demande (claire, concrète, simple, honnête...),
- Faire un refus (arguments, empathie, prendre le temps etc.),
- Entamer une conversation,
- Exprimer des émotions,
- Faire et recevoir un compliment,
- Faire et recevoir une critique justifiée,
- Faire et recevoir une critique injustifiée.

3.3. Freins possibles

Du fait de l'incidence sur la vigilance, et donc sur l'inscription mnésique, deux ressources indispensables pour l'acquisition de conduites communicationnelles efficaces, les traitements benzodiazépiniques sont déconseillés lors de la participation à ce type de travail (Cariou-Rognant et al., 2014). La co-utilisation des anti-dépresseurs, longtemps considérée comme synergique, semblerait problématique pour les acquisitions.

3.4. Un outil central : le jeu de rôle

Le jeu de rôle, soit seul avec le thérapeute, soit en groupe, va être un outil privilégié de la thérapie d'affirmation de soi. En effet, comme nous l'avons évoqué plus tôt, l'acquisition d'un comportement affirmé passe en grande partie par imitation de modèle (c'est l'apprentissage vicariant). Le thérapeute doit donc être prêt à jouer dans des exemples-modèles, mais aussi à s'impliquer dans le groupe en tant que lui-même, affirmé mais non parfait.

Le jeu de rôle comportemental débute par la description la plus précise possible de la situation-problème, bien avant qu'elle soit jouée par le ou les patients. Il s'agit d'aider les participants à avoir une représentation la plus fine et la plus précise possible de la situation. Les jeux de rôle doivent impliquer à différentes reprises tous les membres du groupe. Tout de suite après chaque scène, le thérapeute donne du feedback positif et fait réfléchir le groupe sur les points à améliorer au prochain essai. On aide le patient à restructurer ses cognitions, en impliquant le groupe. Les thérapeutes veillent à souligner l'importance du comportement non-verbal et de l'écoute.

4. Affirmation de soi et utilisation de substances psychoactives

Dans tous les types d'addictions, les déficits d'habiletés sociales sont fréquents. L'affirmation de soi correspond à un ensemble de techniques cognitives et comportementales ayant pour but d'augmenter la compétence en communication et en négociation, de diminuer l'anxiété relationnelle et de savoir gérer les stress sociaux. L'utilité de cette approche est établie pour améliorer les performances interpersonnelles dans les différentes addictions avec substances (Van Hasselt, Hersen, & Millions, 1978).

Dans les troubles liés à l'usage (TLU) de l'alcool, les programmes de soins proposent un travail sur l'assertivité, notamment à l'étape de prévention des rechutes (Chaney, O'Leary, & Marlatt, 1978). En effet, refuser un verre, gérer une critique en lien avec des alcoolisations passées sont identifiées comme autant de difficultés susceptibles de compromettre l'abstinence. Elles nécessitent alors une intervention ciblée en affirmation de soi portant sur les situations en lien avec l'alcool.

Les recherches menées dans une perspective d'apprentissage social ont montré que les patients atteints d'un trouble lié à l'usage de l'alcool tiraient profit d'une approche de formation aux techniques d'adaptation au comportement cognitif (Miller et al., 1995), et en particulier, d'une formation aux techniques de communication. Ainsi, des patients hospitalisés pour un trouble lié à l'usage de l'alcool traités par un programme de formation aux techniques de communication, pensé spécifiquement pour des patients présentant un TLU de l'alcool, ont bu significativement moins d'alcool par jour de consommation au cours du suivi de six mois que ceux ayant bénéficié d'un programme de TCC de gestion de l'humeur (Monti et al., 1990). La formation aux techniques de communication semble bénéficier à un éventail plus large de patients, quel que soit leur niveau d'éducation initial, leur dépendance à l'alcool, leurs compétences, leur anxiété ou leurs convictions, à la différence de la formation en gestion de l'humeur (Rohsenow et al., 1991).

D'autres fois, l'intervention est globale, le déficit d'assertivité étant plus généralisé et antérieur à l'installation de l'alcool-dépendance.

Les thérapies d'affirmation de soi sont également utilisées dans le traitement des toxicomanies (Marlatt & Donovan, 2005 ; Cungi & Nicole, 2014) et du tabagisme (Guichenez et al., 2006).

TROISIEME PARTIE : présentation de l'étude

1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'étudier l'intérêt d'un groupe d'affirmation de soi (GAS), non exclusivement dédié à la prévention de la rechute, pour une population de patient présentant un trouble lié à l'usage de substances.

Afin d'étudier l'impact de ce GAS, nous nous sommes attachés à évaluer différents facteurs avant et après le groupe : les stratégies de coping, l'attachement, l'affirmation de soi, l'estime de soi et le niveau d'anxiété et de dépression.

2. Matériel et méthodes

2.1. Sujets : critères d'inclusion et d'exclusion

Participants :

Les participants sont recrutés parmi les patients hospitalisés en SSR d'addictologie à la Clinique La Concorde à Alfortville (94), en hospitalisation complète ou hospitalisation de jour. Les objectifs et indications du groupe ont été présentés aux médecins prescripteurs de l'établissement qui nous ont orienté leurs patients.

Critères d'inclusion :

Le sujet présente un trouble lié à l'usage de l'alcool, du cannabis

Le sujet présente un défaut d'affirmation de soi

Le sujet accepte de participer aux 12 séances prévues dans le protocole

Critères de non-inclusion :

Ont été exclus les patients présentant un épisode dépressif majeur en cours, un trouble psychotique ou encore une affection organique cérébrale.

2.2. Déroulement de l'étude

Lieu et période :

SSR addictologie clinique La Concorde à Alfortville d'octobre 2018 à janvier 2019

Calendrier des évaluations :

Un premier entretien individuel est d'abord réalisé par les co-thérapeutes, qui permet d'effectuer une analyse fonctionnelle et de tester l'indication et la motivation à participer au groupe.

La première évaluation a lieu lors d'une séance de présentation du GAS, avant même le début du groupe. Les participants au groupe remplissent :

- l'accord libre et éclairé par écrit des participants à l'étude ;
- cinq échelles d'auto-évaluation pour mesurer ou déterminer :
 - l'utilisation des différentes stratégies de coping,
 - l'attachement,
 - l'affirmation de soi,
 - l'estime de soi,
 - le niveau d'anxiété et de dépression.

La deuxième évaluation a lieu lors de la dernière séance du protocole. Les patients remplissent une seconde fois les auto-questionnaires.

Ils donnent également une appréciation sur l'apport de ce groupe psychothérapeutique.

2.3. Critères d'évaluation

Les patients remplissent cinq échelles d'auto-évaluation, au début et à la fin du protocole. Les moyennes de chaque échelle, pré et post-groupe, sont ensuite comparées statistiquement.

Les échelles d'auto-évaluation sont :

- La *Ways of Coping Checklist (WCC)* (Annexe 1), dans sa version française validée (Paulhan, Nuissier, Quintard, Cousson, & Bourgeois, 1994), est un inventaire pour déterminer l'utilisation des différentes stratégies d'ajustement au stress. Elle couvre trois dimensions du coping, la régulation de la détresse émotionnelle, la gestion du problème lié à cette détresse et la recherche de soutien social. L'échelle possède 29 items qui distinguent le coping centré sur le problème (efforts que l'individu effectue pour affronter la situation), le coping centré sur l'émotion (efforts de l'individu pour contrôler la tension émotionnelle induite par la situation) et la recherche de soutien social (efforts pour obtenir la sympathie, l'aide d'autrui, une écoute, des informations ou encore une aide matérielle). À partir de la description d'une situation traumatique, les sujets sont amenés à se positionner en fonction d'énoncés décrivant des stratégies pour faire face à cette situation « J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi. »

sur une échelle de type likert en quatre points (non, plutôt non, plutôt oui, oui). L'alpha de Cronbach montre une consistance interne élevée ($\alpha = 0,90$).

- La version française du *Relationship Scales Questionnaire (RSQ)* (Annexe 2). Ce questionnaire permet de mettre en avant le type d'attachement d'un adulte : craintif, sécure, préoccupé ou détaché. Cependant, après l'étude de validation de la version française (Guédeney, Fermanian, & Bifulco, 2010), les auteurs préconisent d'utiliser plutôt trois facteurs : l'évitement, l'anxiété dans la relation et la sécurité pour classer les sujets.

- *L'échelle d'affirmation de soi de Rathus* (Annexe 3) (Bouvard et al., 1986), qui donne une note globale d'affirmation de soi (envisageant les dimensions émotionnelle, comportementale et cognitive), sensible au changement thérapeutique, et distingue les sujets anxieux sociaux d'une population témoin.

- *L'échelle d'estime de soi de Rosenberg* (Annexe 4) (Vallieres & Vallerand, 1990) permet d'évaluer la base de la pyramide (cf figure 1), c'est à dire l'estime de soi, et de faire la différence avec l'évaluation de soi. Elle vise une mesure unidimensionnelle du score d'estime de soi globale. Elle est constituée de dix items sous forme d'énoncés « Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre. ». Pour y répondre, le sujet doit se positionner sur une échelle de quatre points allant de 1 : « tout à fait en désaccord » à 4 : « tout à fait en accord ». Le score minimum traduisant une très faible estime de soi est de 10 et le score maximum de cette échelle traduisant une très haute estime de soi est de 40. La consistance interne est élevée (α de Cronbach = 0,88).

- *L'échelle HAD* (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983), traduite par (Lépine, 1996) (Annexe 5), est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs.

2.4. Protocole des séances du GAS

Le groupe d'affirmation de soi que nous proposons au sein de la structure n'est pas ciblé sur la prévention de la rechute. Nous avons fait le choix de proposer une intervention globale sur l'affirmation de soi et pas uniquement centrée sur la problématique addictive, les patients recevant par ailleurs de l'information sur la maladie addictive et ayant pu bénéficier d'un programme de prévention de la rechute sur quatre séances.

Nous avons programmé 12 séances d'entraînement aux techniques d'affirmation de soi selon les étapes proposées par Fanget & Rouchouse, 2007.

Déroulé des séances :

Première séance : présentation, attentes et objectifs, définitions

Deuxième séance : communiquer, le verbal, le non-verbal
Troisième séance : débiter, maintenir et terminer une conversation
Quatrième séance : faire et recevoir un compliment
Cinquième séance : émettre une demande
Sixième séance : faire un refus
Septième séance : accepter un refus
Huitième séance : recevoir une critique et s'excuser
Neuvième séance : faire une critique constructive
Dixième séance : faire face à l'agressivité
Onzième séance : conclusion
Douzième séance : auto-évaluation post-groupe

Les séances ont été animées en co-thérapie avec une psychologue clinicienne formée au GAS.

2.5. Analyse statistique

Il n'y a pas eu de calcul de nombre de sujets nécessaires, compte-tenu de la nature exploratoire de l'étude.

Nous testons l'hypothèse selon laquelle il existe une différence significative entre les moyennes des six échelles d'auto-évaluation, entre les deux interventions. Soit le rejet de l'hypothèse nulle : absence de différence significative des moyennes aux échelles d'auto-évaluation, avec un risque $p < 5\%$. La comparaison des moyennes se fait à l'aide d'un test t de Student apparié bilatéral.

2.6. Considérations éthiques

Les participants ont reçu une information orale et écrite sur la nature de l'intervention et ont donné leur consentement écrit et signé.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des participants et perdus de vue

11 patients ont été inclus dans le groupe d'affirmation de soi se déroulant entre octobre 2018 et janvier 2019.

Cinq sujets étaient absents lors de la deuxième évaluation. Ils sont considérés comme perdus de vue. L'analyse statistique a été réalisée chez six participants.

Caractéristiques des participants	N = 11
Genre (féminin) : N (%)	4 (36,4)
Âge (ans) : M (SD)	54,9 (10,5)
Substance psychoactive consommée : N (%)	
Alcool	8 (72,7)
Cannabis	2 (18,2)
Polytoxicomanie	1 (9,1)
Temps moyen d'abstinence (en mois)	5,4
Antécédents : N (%)	
Trouble de l'humeur	2 (18,2)
Trouble de la personnalité	2 (18,2)
Trouble anxieux	2 (18,2)

Tableau 1 : Caractéristiques des participants à l'étude

Les résultats des questionnaires pré-groupe des patients perdus de vue sont comparés statistiquement aux patients analysés et on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes, sauf sur la durée de l'abstinence ($p < 0,03$).

3.2. Résultats :

3.2.1. WCC

Score à l'item « recherche de solution » :

La moyenne à l'item « recherche de solution » passe de 22,5 points sur 32 avant le groupe à 24,5 après le groupe, soit une augmentation de 2 points ou de 6,2% du score. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p = 0,5$.

Score à l'item « évitement » :

La moyenne à l'item « évitement » passe de 16,3 points sur 24 avant le groupe à 15,3 après le groupe, soit une diminution de 1 point ou de 4,2% du score. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p = 0,39$.

Score à l'item « soutien social » :

La moyenne à l'item « soutien social » passe de 12,8 points sur 20 avant le groupe à 14,2 après le groupe, soit une augmentation de 1,3 point ou de 6,7% du score. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p = 0,53$.

Score à l'item « réévaluation positive » :

La moyenne à l'item « réévaluation positive » passe de 14,8 points sur 20 avant le groupe à 16,3 après le groupe, soit une augmentation de 1,5 points ou de 7,5% du score. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p = 0,21$.

Score à l'item « auto-accusation » :

La moyenne à l'item « auto-accusation » passe de 12,8 points sur 16 avant le groupe à 12,5 après le groupe, soit une diminution de 0,3 points ou de 2,1% du score. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p = 0,79$.

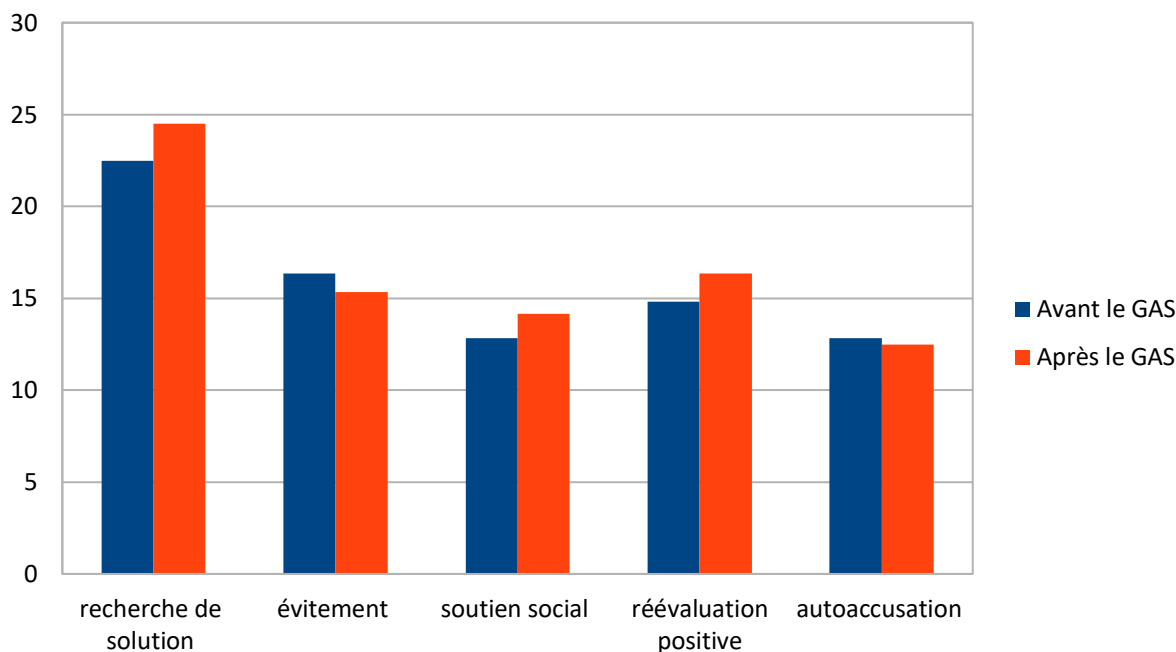


Figure 3 : Moyenne des items de la WCC pré et post-thérapie

Les résultats des patients aux différents stratégies de coping sont comparés avec les valeurs références.

La population de patients ayant participé au GAS diffère significativement de la population générale sur l'item « auto-accusation » lors du passage des questionnaires avant le groupe. Les patients participants au GAS ont une tendance significativement plus importante à l'auto-accusation que la population générale.

	Moyenne patients (écart type)	Moyenne de référence	Student
Recherche de solution	22,5 (4,9)	21	p = 0,3190
Evitement	16,3 (5,2)	15,2	p = 0,5555
Soutien social	12,8 (5,6)	14,3	p = 0,6303
Réévaluation positive	14,8 (2,14)	13,8	p = 0,1968
Auto-accusation	12,8 (3,6)	9,1	p < 0,02

Tableau 2 : Résultats en pré-thérapie des patients à l'échelle WCC

Cette différence n'est plus observée après le groupe :

Post-groupe	Moyenne patients (écart type)	Moyenne de référence	Student
Recherche de solution	24,5 (5,09)	21	p = 0,1699
Evitement	15,3 (4,63)	15,16	p = 0,9961
Soutien social	14,17 (4,83)	14,29	p = 0,8104
Réévaluation positive	16,33 (2,5)	13,79	p = 0,0553
Auto-accusation	12,5 (4,23)	9,11	p = 0,0913

Tableau 3 : Résultats en post-thérapie des patients à l'échelle WCC

3.2.2. RSQ

	Moyenne (écart type) pré test	Moyenne (écart type) post test	Student	Normes (écart type)
Prototype craintif	4 (0,71)	3,6 (0,96)	p = 0,21	3,0 (0,90)
Prototype détaché	3,5 (1,04)	3,7 (0,89)	p = 0,57	3,2 (0,86)
Prototype « sécuritaire »	2,9 (0,19)	3,2 (0,6)	p = 0,34	3,1 (0,55)
Prototype préoccupé	3,1 (1,06)	2,8 (1,36)	p = 0,52	3 (0,74)
Facteur « d'évitement »	25 (2,53)	25,3 (5,61)	p = 0,88	22 (5,23)
Facteur « anxiété dans la relation »	18,3 (4,93)	14,3 (5,57)	p = 0,16	12 (4,28)
Facteur « sécurité »	15,2 (3,19)	16,5 (5,13)	p = 0,44	15 (4,28)

Tableau 4 : Moyennes des résultats des patients à l'échelle RSQ

On n'observe pas de différence statistiquement significative pré et post-groupe.

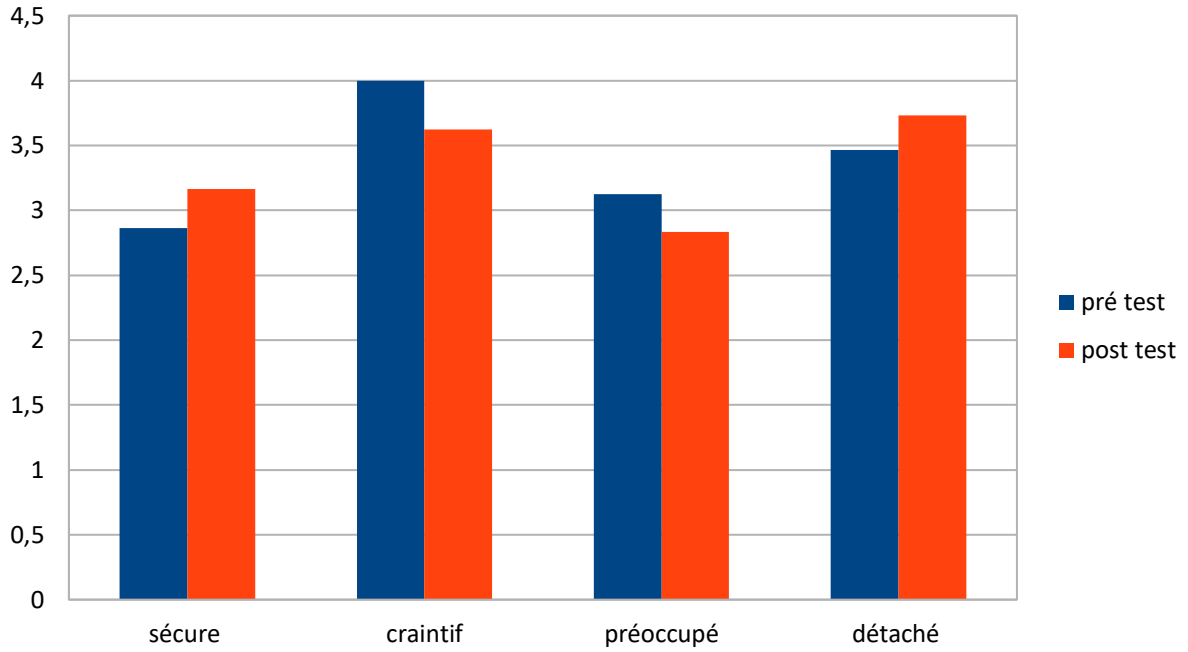


Figure 4 : Moyenne des scores "prototypes" RSQ pré et post-thérapie

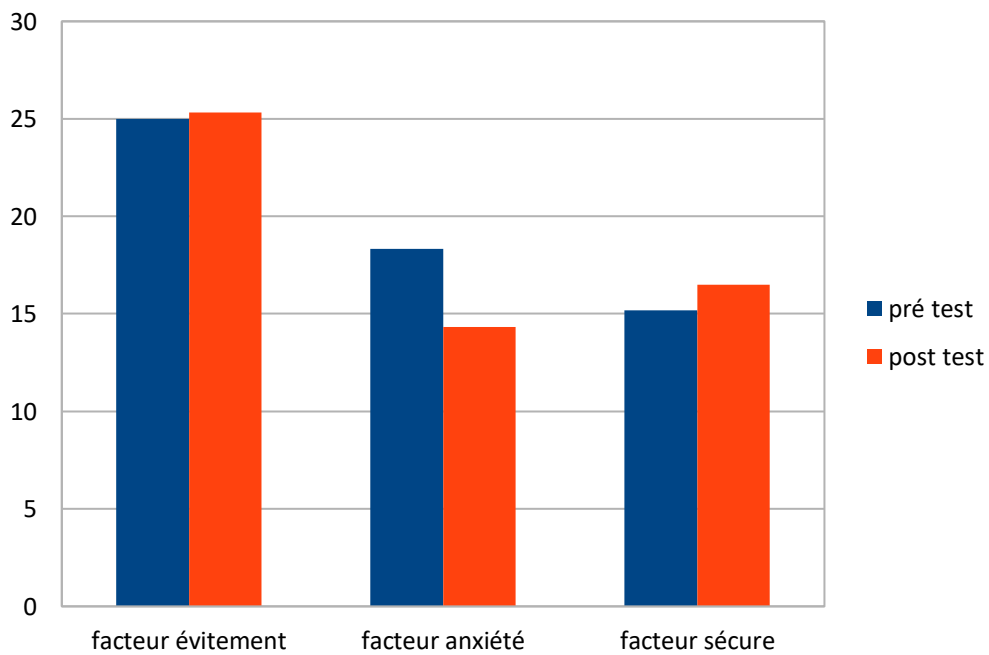


Figure 5 : Moyenne des scores "facteur" RSQ pré et post-thérapie

3.2.3. Rathus

La moyenne à l'échelle de Rathus passe de 99 points sur 180 avant le groupe à 91 après le groupe, soit

une baisse de 8 points ou de 4,4% du score. Cette différence n'est pas statistiquement significative, $p = 0,35$.

	Patient 1		Patient 2		Patient 3		Patient 4		Patient 5		Patient 6	
	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post
Rathus	98	84	121	101	75	105	124	114	106	85	70	57

Tableau 5 : Résultats à l'échelle de Rathus

Les normes (Bouvard et al., 1986) : l'étendue de l'échelle va de 30 à 180. Dans un groupe de personnes ordinaires, la moyenne (écart type) à ce test est de 92,1 (19,01). Le premier quartile est à 79, la médiane à 92 et le troisième quartile à 104. De manière générale, plus le score est supérieur à 105, plus le manque d'affirmation de soi est marqué.

Selon ces normes, avant le groupe, un patient peut être considéré comme affirmé, trois patients comme inhibés et deux patients comme agressifs. Un patient a un résultat juste au-dessus de la valeur seuil et est donc considéré comme inhibé.

Après le groupe, quatre patients sont considérés comme affirmé, un comme inhibé et un comme agressif.

3.2.4. Estime de soi

La moyenne à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg passe de 24 points sur 40 avant le groupe à 30,3 après le groupe, soit **une augmentation du score d'estime de soi** de 6,3 points ou de 15,8% du score. Cette différence est statistiquement significative, **p < 0,01**.

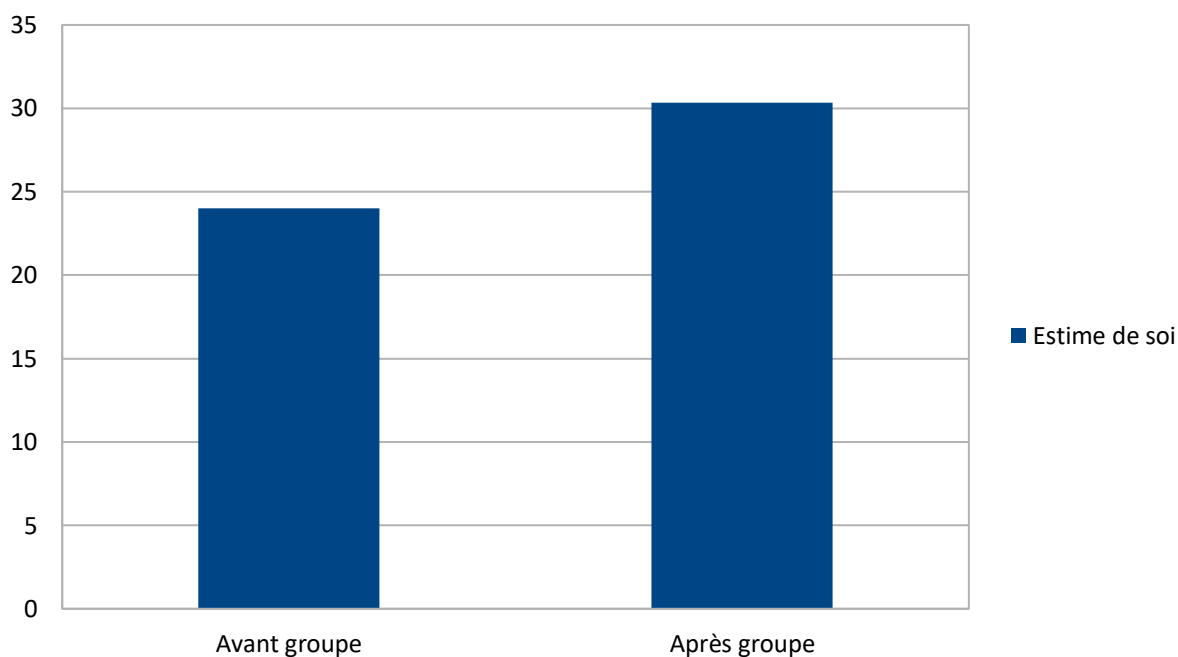


Figure 6 : Moyennes des scores d'estime de soi pré et post-thérapie

3.2.5. HAD

Dans la sous-échelle d'anxiété les participants ont une moyenne de 11,8 points sur 21 en début de groupe et de 9,3 points en fin de groupe. **Le niveau d'anxiété diminue de 2,5 points**, soit 11,9%. La diminution du stress avant et après le groupe est statistiquement significative, **p < 0,03**.

Dans la sous-échelle de dépression les participants ont une moyenne de 8,8 points sur 21 en début de formation et de 7,17 points en fin de groupe. **Le niveau de dépression diminue de 1,7 points**, soit 7,9%. La diminution de la dépression avant et après le groupe est statistiquement significative, **p < 0,03**.

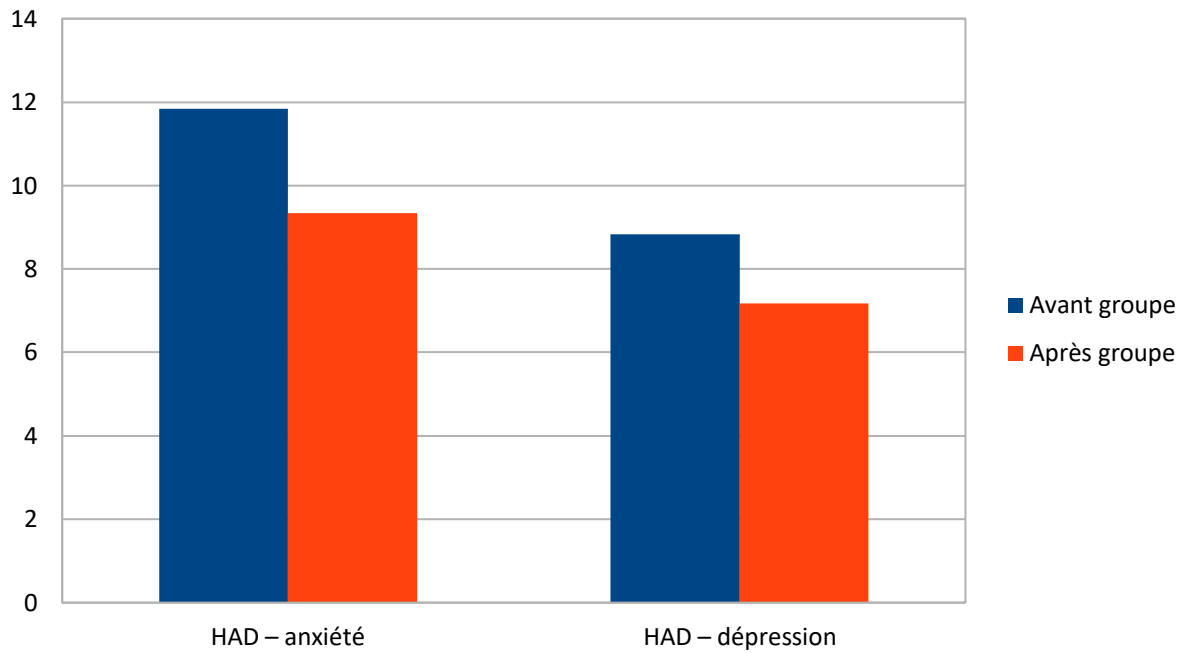


Figure 7 : Moyennes à l'échelle HAD pré et post-thérapie

3.2.6. Taux de rechute

A la fin du groupe aucun patient participant n'a rechuté.

Un seul patient a rechuté dans les trois mois suivants le groupe et nécessité une hospitalisation, soit 16,7% des participants. Les autres patients étaient toujours abstinents trois mois après la fin du groupe. Quant aux cinq patients perdus de vue, nous avons eu connaissance pour certains d'entre eux de leur devenir : 3 ont nécessité une nouvelle hospitalisation en service d'addictologie, 1 a été hospitalisé pour des complications somatiques liées à des consommations d'alcool.

4. Discussion

4.1. Résultats

La participation au groupe d'affirmation de soi n'a pas entraîné de modification significative des stratégies de coping.

Néanmoins on constate une tendance à un recours plus fréquent à la recherche de solution, à la réévaluation positive ainsi qu'à la recherche de soutien social (*Figure 3*). On constate à l'inverse une tendance moindre à un recours aux stratégies d'évitement.

Avant le groupe, la population de patients étudiée différait significativement de la population générale sur le recours à l'auto-accusation comme stratégie de coping, ce qui n'était plus le cas après le groupe (*Tableaux 2 et 3*).

La participation au groupe d'affirmation de soi n'a pas entraîné non plus de modification significative des prototypes ou des facteurs d'attachement (*Tableau 4*).

Néanmoins on constate une tendance à la diminution du facteur anxiété post-thérapie et une tendance à une amélioration du facteur « sécure » (*Figure 5*).

Le GAS a permis une augmentation significative du score d'estime de soi (*Figure 6*), ainsi qu'une baisse significative du taux d'anxiété et de dépression (*Figure 7*).

Peu de rechutes à court terme ont été observées chez les patients ayant pu assister au groupe dans sa totalité, contrairement aux patients perdus de vue.

4.2. Impact d'un groupe d'affirmation de soi en addictologie

Il existe peu d'études évaluant l'impact d'un programme global d'affirmation de soi en addictologie. En effet à l'étape de prévention de la rechute, les groupes thérapeutiques proposés incluent généralement un entraînement aux techniques de communication (Miller et al., 1995) mais ne s'attardent pas sur l'apprentissage de techniques d'affirmation de soi.

Même si l'étude n'a pas démontré de manière significative un apport du GAS sur les stratégies de coping, probablement à cause du faible nombre de participants, il existe néanmoins une tendance à l'amélioration de certaines stratégies de coping (*Figure 3*), notamment centrées sur les solutions, qui sont connues pour être plus efficaces dans la gestion de l'abstinence (Annis et al., 1998 ; McKay et al.,

1996). On observe également une tendance moindre au recours aux stratégies d'évitement, qui selon certains auteurs (Moussas et al., 2006) seraient moins efficaces dans le maintien de l'abstinence. De plus le groupe de patients étudié différait significativement de la population générale sur le recours à l'auto-accusation comme stratégie de coping (tendance plus forte au recours à l'auto-accusation pour les patients du groupe), ce qui n'était plus le cas après le groupe. Il y a donc une tendance moindre au recours à l'auto-accusation après le groupe, ce qui va dans le sens de la littérature (Kadden, 2001).

De la même manière, l'étude n'a pas démontré de modification significative des prototypes ni des facteurs d'attachement. Cependant on observe une tendance à l'augmentation du score du prototype sécure, ainsi qu'une tendance à l'augmentation du score du facteur sécure (*Figure 5*). Ce sont des éléments encourageants qui peuvent laisser supposer qu'un GAS pourrait permettre d'améliorer l'attachement de patients souffrant de TLU de substances psychoactives. Il s'agit en effet d'une problématique fréquemment rencontrée chez ces patients (Wedekind et al., 2013). Un attachement de type sécure semble pouvoir protéger du risque de dépendance aux substances psychoactives (Khantzian, 1997). Si le GAS peut permettre de modifier l'attachement des patients il pourrait ainsi contribuer à leur abstinence.

De plus, la participation au GAS a permis aux patients d'améliorer leur estime de soi et leurs scores de dépression et d'anxiété à la HAD (*Figures 6 et 7*). Les patients présentant un trouble lié à l'usage de substances psychoactives présentent fréquemment un défaut d'estime de soi, une symptomatologie dépressive (Guelfi, Consoli, Boyer, & Olivier-Martin, 1993) et le GAS peut donc se révéler un bon outil thérapeutique.

Les patients rapportent fréquemment des difficultés de communication avec leur entourage, pouvant être source de rechute. La participation à un GAS pourrait ainsi leur permettre de mieux gérer cet aspect de leur abstinence.

Concernant l'échelle de Rathus, nous n'avons pas constaté de différence significative entre les résultats avant et après le groupe. Cette absence de différence significative peut en partie s'expliquer par le fait que l'échelle de Rathus donne un score global d'affirmation de soi et mélange le comportement affirmé et le comportement agressif. Les patients considérés comme ayant un comportement agressif ont pu voir leur score augmenter quand les patients au comportement inhibé ont vu leur score diminuer.

Cependant quand les résultats sont étudiés au plan individuel (Tableau 5), on constate qu'avant le groupe, un patient peut être considéré comme affirmé, trois patients comme inhibés et deux patients

comme agressifs. Après le groupe, quatre patients sont considérés comme affirmé, un comme inhibé et un comme agressif. Il semble donc y avoir une amélioration globale des capacités d'assertivité.

Dans notre étude, nous avons constaté peu de rechutes à court terme chez les patients ayant participé au groupe. Les patients perdus de vue quant à eux avaient pour la plupart dû être réhospitalisés devant une rechute. Sans pouvoir porter de réelle conclusion, plusieurs explications peuvent être proposées. D'une part on peut supposer que les patients ayant achevé le GAS sans rechute étaient moins fragiles sur le plan addictologique que les patients perdus de vue. On note d'ailleurs que les patients perdus de vue avaient une moins longue durée d'abstinence que les patients ayant achevé le GAS. Cependant on pourrait également supposer que le fait d'avoir participer au GAS peut diminuer le risque de rechute. Il serait donc intéressant de poursuivre cette étude avec un follow-up des patients ayant participé au GAS.

Parmi les avantages présentés par ce type de groupe, selon notre ressenti clinique, et ce que nos patients nous expriment nous pouvons citer les suivants :

- le groupe constitue un excellent moyen pour travailler l'évitement et l'inhibition, mais également l'impulsivité, qui sont des problèmes fréquents chez les patients présentant un TLU de substances psychoactives ;
- le groupe permet à certains participants de sortir de leur isolement, de comprendre qu'ils ne sont pas des cas isolés, mais qu'ils souffrent de problèmes qu'il faut connaître et comprendre. Le groupe a un effet de cohésion et d'encouragement pour chaque participant à surmonter ses problèmes ;
- la passation d'échelles et de questionnaires avant et après les groupes, le retour des participants et des thérapeutes permettent aux patients d'apprécier leurs changements semaine après semaine et à la fin du groupe ;
- le groupe permet l'installation d'une bonne alliance thérapeutique.

4.3. Limites de l'étude

La taille modeste de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats. L'effectif restreint limite les possibilités d'interprétation et de généralisation de nos résultats. Il serait donc intéressant de répliquer cette recherche sur un plus grand échantillon. De plus il serait intéressant de pouvoir comparer un groupe contrôle bénéficiant d'un programme de prévention de la rechute incluant un apprentissage de techniques d'affirmation de soi à un groupe témoin recevant quant à lui d'une thérapie classique d'affirmation de soi comme expérimenté dans notre étude.

Enfin, la présence exclusive d'instruments d'auto-évaluation a pu induire certains biais. En effet, même si ce mode d'investigation est intéressant dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies car il permet d'accéder directement au vécu subjectif du patient et d'en apprécier l'évolution, il n'en reste pas moins sensible à certaines déformations, et ce d'autant plus qu'il s'agit de patients phobiques sociaux. Ces déformations peuvent être liées aux représentations que le sujet a de lui-même et surtout à la désirabilité sociale, qu'on suppose en effet ici importante. On ne peut donc exclure le fait que les résultats aient pu être influencés par une tendance à répondre positivement et conformément aux attentes du thérapeute.

4.4. Perspectives

Les différents éléments soulevés par l'étude ainsi que par la revue de littérature suggèrent que le GAS pourrait contribuer à améliorer la régulation émotionnelle, axe de travail important lors de la consolidation de sevrage. Il semblerait donc utile de pouvoir, par exemple, comparer un GAS avec un groupe thérapeutique de gestion des émotions.

Au cours des sessions de groupe d'affirmation de soi, il nous a semblé que l'alliance thérapeutique était améliorée par le biais du groupe. Cela pourrait également être un élément à explorer ultérieurement.

CONCLUSION

Cette étude n'a pas mis en évidence d'amélioration significative des stratégies de coping chez des patients présentant un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. Néanmoins nous avons pu noter des tendances encourageantes sur certaines stratégies. Elle n'a pas montré non plus de modification significative des prototypes ni des facteurs d'attachement.

On note une amélioration significative du score d'estime de soi et des scores de dépression et d'anxiété, problématiques fréquemment rencontrées dans les troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Le groupe d'affirmation de soi peut donc se révéler un bon outil thérapeutique dans le traitement de la maladie addictive, sans y être spécifiquement consacré.

Pour aller plus loin, il semblerait pertinent de reproduire cette étude à plus grande échelle en comparant avec un groupe témoin, avec un suivi des patients sur plusieurs mois pour étudier l'impact sur la rechute. Il serait également intéressant d'étudier les incidences de ce groupe sur la régulation émotionnelle et l'alliance thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- Abernathy, T. J., Massad, L., & Romano-Dwyer, L. (1995). The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30(120), 899.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, Waters, & Wall. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J. : New York: Lawrence Erlbaum Associates ; distributed by Halsted Press Division of Wiley.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1974). Your perfect right. San Luis Obispo. CA: *impact*.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 26-30.
- André, C., & Lelord, F. (2011). *L'Estime de soi*. Odile Jacob.
- Andrews, J. A., & Duncan, S. C. (1997). Examining the reciprocal relation between academic motivation and substance use: Effects of family relationships, self-esteem, and general deviance. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(6), 523–549.
- Annis, H. M., Sklar, S. M., & Moser, A. E. (1998). Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. *Addictive Behaviors*, 23(1), 127-131. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00024-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00024-5)
- Aubry, C., Gay, M.-C., Romo, L., & Joffre, S. (2004). L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle tennessee du concept de soi: Étude comparative entre hommes et femmes. *L'Encéphale*, 30(1), 24-31. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95412-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95412-7)
- Bariaud, F., & Bourcet, C. (1994). Le sentiment de la valeur de soi. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 23(3), 271–290.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beckman, L. J. (1978). Self-esteem of women alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 491-498. <https://doi.org/10.15288/jsa.1978.39.491>
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & human development*, 4(2), 166–170.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., & Gallo, A. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Consulté à l'adresse <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1200503m>
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 525-537.
- Bourque, P., & Ladouceur, R. (1978). Validation de l'échelle d'assertion pour adultes de Gay, Hollandsworth et Galassi. [Validation of the Adult Self-Expression Scale of Gay, Hollandsworth and Gallassi.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 10(4), 351-355. <https://doi.org/10.1037/h0081564>
- Bouvard, M., Cottraux, J., Mollard, E., Messy, P., & et al. (1986). Validation et analyse factorielle de l'échelle d'affirmation de soi de Rathus. [Validation and factorial analysis of Rathus's schedule for assessing assertive behaviors.]. *Psychologie Médicale*, 18(5), 759-763.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books New York.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. III: Loss, sadness, and depression*.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, NY, US: Basic Books.
- Brady, J. P. (1984). Social skills training for psychiatric patients. I: Concepts, methods, and clinical results. *The American Journal of Psychiatry*, 141(3), 333-340. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.3.333>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Consulté à l'adresse <https://www.decitre.fr/livres/introduction-a-la-psychologie-de-la-sante-9782130461210.html>
- Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Cousson-Gélie, F., Fortier, C., Sifakis, Y., & Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6): Une adaptation française. *Psychologie Française*, 48, 41-53.
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 538.
- Cariou-Rognant, A.-M., Chaperon, A.-F., & Duchesne, N. (2014). *L'affirmation de soi par le jeu de rôle: en thérapie comportementale et cognitive*. Dunod.
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping-3e éd*. Dunod.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R., & Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1092-1104. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.5.1092>

- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain, 104*(3), 627-637.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*(1), 87-127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Cottraux, J. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. EAP.
- Courbasson, C. M. A., Endler, N. S., & Kocovsky, N. L. (2002). Coping and psychological distress for men with substance use disorders. *Current Psychology, 21*(1), 35-49.
- Cungi, C., Bouvard, M., & Rey, M. (1998). Deux échelles brèves et pratiques d'auto-évaluation de la communication et de l'affirmation de soi. Etude de validation. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 3*(1), 7-15.
- Cungi, Charly, & Nicole, S. (2014). *Faire face aux dépendances: Alcool, tabac, drogues, jeux, internet...* Retz.
- De Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse, 44*(1), 99-114.
- Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie Française, 58*(2), 107-121. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2013.01.003>
- Dorard, G., Bungener, C., Corcos, M., & Berthoz, S. (2014). Estime de soi, coping, soutien social perçu et dépendance au cannabis chez l'adolescent et le jeune adulte. *L'Encéphale, 40*(3), 255-262. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.014>
- Dozier, M., Chase, K., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éd.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)* (p. 718-744). New York, NY, US: Guilford Press.
- Emler, N. (2001). *Self-esteem: The costs and consequences of low self-worth*. Consulté à l'adresse https://scholar.google.com/scholar_lookup?hl=en&publication_year=2001&author=N.+Emler&title=Self-esteem%3A+The+costs+and+consequences+of+low+self-worth
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological assessment, 6*(1), 50.
- Eraldi-Gackiere, D., & Graziani, P. (2007). *Exposition et désensibilisation en thérapie comportementale et cognitive*. Paris: Dunod.
- Famose, J.-P., & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. Presses Universitaires de France.
- Fanget, F., & Rouchouse, B. (2007). *Affirmation de soi (L') : Une méthode de thérapie*. Odile Jacob.
- Fanget, F., & Rouchouse, B. (2011). L'affirmation de soi. In O. Fontaine & P. Fontaine, *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive* (p. 223-264). Paris: Retz.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology, 52*(3), 343.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1995). The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. *Addiction, 90*(5), 647-659.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an Attachment Disorder*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine, 26*(3), 309-317. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4)
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, 3*(1). <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>
- Gentry, W. D., & Kobasa, S. C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. *Handbook of behavioral medicine, 1*, 87-116.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Rizzi, O., Timpano, M., Zambelli, U., & Ventimiglia, C. (1999). Substance abuse among secondary-school students and its relationship with social coping and temperament. *UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAMME Vienna, 75*.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W. (2000). Self-Esteem, Self-Serving Cognitions, and Health Risk Behavior. *Journal of Personality, 68*(6), 1177-1201. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00131>
- Girault, N. (1989). *Burnout : émergence et stratégies d'adaptation, le cas de la médecine d'urgence* (Thesis, Paris 5). Consulté à l'adresse <http://www.theses.fr/1989PA05H068>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*(4), 361-368. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.4.361>
- Graziani, P., & Romo, L. (2013). *Soigner les addictions par les TCC*. Consulté à l'adresse <https://hal-univ-paris10.archives-ouvertes.fr/hal-01550862>

- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., ... Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), 913.
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In *Emotion Regulation in Couple and Families: Pathways to Dysfunction and Health* (p. 13-35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In *Handbook of emotion regulation* (p. 3-24). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Guédéney, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. *L'Encéphale*, 36(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.006>
- Guelfi, J.-D., Consoli, S., Boyer, P., & Olivier-Martin, R. (1993). *Psychiatrie* (8e édition). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Guichenez, P., Perriot, J., Dupont, P., Reny, J.-L., Clauzel, I., Cungi, C., & Clauzel, A.-M. (2006). La conduite du sevrage tabagique. *Sang Thrombose Vaisseaux*, 18(3), 136-148.
- Harter, S. (2001). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. Guilford Publications.
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques Psychologiques*, 14(2), 285-299. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.01.002>
- Hathaway, A. D. (2003). Cannabis effects and dependency concerns in long-term frequent users: a missing piece of the public health puzzle. *Addiction Research & Theory*, 11(6), 441-458. <https://doi.org/10.1080/1606635021000041807>
- Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 128-147.
- Hersen, M. (1979). Modification of Skill Deficits in Psychiatric Patients. In A. S. Bellack & M. Hersen (Éd.), *Research and Practice in Social Skills Training* (p. 189-236). https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2192-5_6
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child development*, 66(4), 1100-1106.
- Hinnen, C., Sanderman, R., & Sprangers, M. A. G. (2009). Adult attachment as mediator between recollections of childhood and satisfaction with life. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(1), 10-21. <https://doi.org/10.1002/cpp.600>
- Hyman, S. M., & Sinha, R. (2009). Stress-related factors in cannabis use and misuse: implications for prevention and treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 36(4), 400-413.
- Inserm, I. national de la santé et de la recherche. (2004). Présentation de l'approche cognitivo-comportementale. In *Psychothérapie : Trois approches évaluées* (p. 169-183). Consulté à l'adresse <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/146>
- Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D., & Levine, D. W. (1997). The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behavior. *American Journal of Public Health*, 87(3), 359-364.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. In *Handbook of emotion regulation* (p. 351-372).
- Kadden, R. M. (2001). Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: Research opportunities. *Addictive Behaviors*, 26(4), 489-507. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00139-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00139-8)
- Kaplan, H. B., Martin, S. S., Johnson, R., & Robbins, C. A. (1986). Escalation of marijuana use: Application of a general theory of deviant behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 44-61.
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164-1176. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.005>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kurdek, L. A. (2002). On Being Insecure about the Assessment of Attachment Styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(6), 811-834. <https://doi.org/10.1177/0265407502196005>
- Laure, P., Binsinger, C., Friser, A., Ambard, M. F., & Girault, S. (2005). L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédictives de la consommation de substances psychoactives par les préadolescents? *Psychotropes*, 11(1), 73-90.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Éd.), *Perspectives in Interactional Psychology* (p. 287-327). https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S., & Haupt, A. L. (1995). The role of low self-esteem in emotional and behavioral problems: Why is low self-esteem dysfunctional? *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(3), 297-314. <https://doi.org/10.1521/jscp.1995.14.3.297>
- Lépine, J. P. (1996). L'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale). *Standardized clinical psychiatric assessment [L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome 1]*(pp. 367-374). Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Developmental Issues in the Study of Coping. *International Journal of Behavioral Development, 22*(2), 287-313. <https://doi.org/10.1080/016502598384388>
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In *Attachment disorganization* (p. 33-70). New York, NY, US: Guilford Press.
- Magai, C. (1999). *Affect, imagery, and attachment: Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion*.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized disoriented attachment pattern. In *Affective development in infancy* (p. 95-124). Westport, USA: Ablex Publishing.
- Main, Mary. (1998). De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance, 51*(3), 13-27. <https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3113>
- Main, Mary, & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In *The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 161-182). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Main, Mary, Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention, Second Edition: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press.
- McKay, J. R., Maisto, S. A., & O'Farrell, T. J. (1996). Alcoholics' perceptions of factors in the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence: Results from a 30-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(3), 167-180. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.3.167>
- Milgrom, J., Burrows, G., & Schwartz, S. (2001). *The future of psychology and psychiatry in the medical centre*. John Wiley & Sons Ltd.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie* (PUF). Consulté à l'adresse https://www.puf.com/content/Lattachement_au_cours_de_la_vie
- Miljkovitch, R. (2009). *Les fondations du lien amoureux*. PUF.
- Miljkovitch, R. (2013). Les conduites addictives comme réponse à l'insécurité d'attachement. In *Trouble de la personnalité borderline à l'adolescence* (p. 227-236). Paris: Dunod.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., ... Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives, 2nd ed* (p. 12-44). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Modrain-Talbott, M. A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., & Muenchen, B. (1998). Self-esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 21*(3), 159-171.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., & Rohsenow, D. J. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 51*(3), 263-270.
- Moussas, G., Dandouti, G., Botsis, A., & Lykouras, L. (2006). Coping styles of type I and type II alcohol-dependent men undergoing treatment. *Comprehensive Psychiatry, 47*(1), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.018>
- Murphy, S. L., & Khantzian, E. J. (1995). Addiction as a "self-medication" disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook*, 161-175.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *NIDA Research Monograph, 156*, 7-38.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., & Deffenbacher, J. L. (1998). Primary socialization theory. The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse, 33*(8), 1629-1665. <https://doi.org/10.3109/10826089809058948>

- Ognibene, T. C., & Collins, N. L. (1998). Adult Attachment Styles, Perceived Social Support and Coping Strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323-345. <https://doi.org/10.1177/0265407598153002>
- Passolunghi, J., & Varescon, I. (2016). Etude du coping et de la personnalité chez des consommateurs à risque de cannabis en fonction du genre. *ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE*, 3 vol 38, 199-205.
- Paulhan, I., Nuissier, J., Quintard, B., Cousson, F., & Bourgeois, M. (1994). La mesure du coping: traduction et validation françaises de l'échelle de Vitaliano (Vitaliano et al. 1985). *Annales médico-psychologiques*, 152, 292-299. Elsevier.
- Paulhan, Isabelle, & Bourgeois, M. L. (1995). *Stress et coping*. Consulté à l'adresse https://www.puf.com/content/Stress_et_coping
- Petratis, J., Flay, B. R., Miller, T. Q., Torpy, E. J., & Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 33(13), 2561-2604.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : Théorie de l'attachement*. Odile Jacob.
- Pihet, S., Page, D., & Bryois, C. (2005). Profil d'utilisation des comportements affirmé, inhibé, agressif et manipulateur : éléments de validation de l'échelle d'affirmation de soi AS4. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 10(4), 2-11.
- Pionnié, N., & Atger, F. (2003). Attachement et psychopathologie. *Perspectives Psy*, 42(2), 129-133.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Reilly, D., Didcott, P., Swift, W., & Hall, W. (1998). Long-term cannabis use: characteristics of users in an Australian rural area. *Addiction (Abingdon, England)*, 93(6), 837-846.
- Reynaud, Matthieu. (2011). *Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression*. Consulté à l'adresse <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00873019>
- Reynaud, Michel. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine Sciences.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Binkoff, J. A., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., & Abrams, D. B. (1991). Patient-treatment matching for alcoholic men in communication skills versus cognitive-behavioral mood management training. *Addictive Behaviors*, 16(1-2), 63-69. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(91\)90041-F](https://doi.org/10.1016/0306-4603(91)90041-F)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic Books.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Scheidt, C. E., Waller, E., Malchow, H., Ehlert, U., Becker-Stoll, F., Schulte-Mönting, J., & Lücking, C. H. (2000). Attachment representation and cortisol response to the adult attachment interview in idiopathic spasmodic torticollis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 155-162.
- Schindler, D. A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B., KÜstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228. <https://doi.org/10.1080/14616730500173918>
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (p. 393-409). <https://doi.org/10.1037/10612-025>
- Skinner, B. F. (1971). *L'analyse expérimentale du comportement*. Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/207039>
- Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22(4), 681-706.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 350-362.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150-1169.
- Stewart, S. M., Betson, C., Lam, T. H., Marshall, I. B., Lee, P. W., & Wong, C. M. (1997). Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education*, 31(3), 163-168.
- Taylor, D. N., & Del Pilar, J. (1992). Self-esteem, anxiety, and drug use. *Psychological Reports*, 71(3), 896-898.
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of personality and social psychology*, 66(5), 895.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of health and social behavior*, Spec(No), 53-79.

- Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction Et Validation Canadienne-Française De L'échelle De L'estime De Soi De Rosenberg*. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
- Van Hasselt, V. B., Hersen, M., & Milliones, J. (1978). Social skills training for alcoholics and drug addicts: A review. *Addictive Behaviors*, 3(3), 221-233. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90023-0](https://doi.org/10.1016/0306-4603(78)90023-0)
- Van Ijzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59(1), 147-156. <https://doi.org/10.2307/1130396>
- Vinay, A., Esparbes-Pistre, S., & Tap, P. (2000). Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'éducation familiale*, 4(1), 179-183.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2001_1
- Walitzer, K. S., & Sher, K. J. (1996). A prospective study of self-esteem and alcohol use disorders in early adulthood: evidence for gender differences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(6), 1118-1124.
- Wasson, D., & Anderson, M. A. (1995). Chemical Dependency and Adolescent Self Esteem. *Clinical Nursing Research*, 4(3), 274-289. <https://doi.org/10.1177/105477389500400305>
- Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K. R., & Huether, G. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 8(1), 1.
- Wills, T. A., & Cleary, S. D. (1995). Stress-coping model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice*, 107-128.
- Wills, T. A., & Hirky, A. E. (1996). *Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence*.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28(3), 522-530. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.3.522>
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Zapf, J. L., Greiner, J. R., & Carroll, J. (2008). Attachment Styles and Male Sex Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(2), 158-175. <https://doi.org/10.1080/10720160802035832>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de coping (version courte française à 29 items de la Ways of Coping Checklist) (Paulhan et al., 1994)

Consigne : Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non, vous l'avez utilisé pour faire face à une situation problème ou stressante qui s'est passé durant ces derniers mois. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans le tableau.

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2	J'ai souhaité être le plus fort, plus optimiste et décisif.				
3	J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressens.				
4	Je me suis battu pour ce que je voulais.				
5	J'ai changé positivement.				
6	J'ai pris les choses une par une.				
7	J'ai souhaité changer ce qui était arrivé.				
8	Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9	Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
10	J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
11	J'ai espéré qu'un miracle se produise.				
12	Je suis sorti plus fort de la situation.				
13	J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir.				
14	Je me suis culpabilisé.				
15	J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16	J'ai négocié pour obtenir quelque chose de positif de la situation.				
17	J'ai rêvé ou imaginé un endroit ou un temps meilleur que celui où j'étais.				
18	J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre ma première idée.				
19	J'ai refusé de croire que ça c'était réellement passé.				
20	J'ai pris conscience que j'avais moi-même créé le problème.				
21	J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
22	J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				
23	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
24	J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				
25	J'ai essayé de tout oublier.				
26	J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
27	Je savais ce qu'il fallait faire, aussi, j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				
28	J'ai modifié quelque chose en moi afin de mieux supporter la situation.				
29	Je me suis critiqué ou surmonté.				

Annexe 2 : Questionnaire des échelles de relation RSO (Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew) (Guédénéy et al., 2010)

Consigne : Merci de bien vouloir lire les trente propositions suivantes et de coter jusqu'à quel point chacune d'elle décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles et répondez en fonction comment, en général, vous vous y sentez. Pour chaque proposition, inscrivez dans la colonne "cotation" le chiffre qui vous correspond le mieux. Donner une seule réponse pour chaque proposition et merci de répondre à toutes sans en oublier une seule.

	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	Cotation
Je trouve difficile de dépendre des autres.	1	2	3	4	5	
C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).	1	2	3	4	5	
C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions.	1	2	3	4	5	
Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne.	1	2	3	4	5	
Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.	1	2	3	4	5	
Je me sens bien sans relations affectives proches.	1	2	3	4	5	
Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	
Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit d'émotions.	1	2	3	4	5	
Je suis inquiet de me retrouver seul(e).	1	2	3	4	5	
Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.	1	2	3	4	5	

	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	Cotation
Je crains souvent que mes partenaires amoureux(ses) ne m'aient pas vraiment.	1	2	3	4	5	
Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.	1	2	3	4	5	
Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi.	1	2	3	4	5	
Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5	
Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.	1	2	3	4	5	
J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.	1	2	3	4	5	
Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux.	1	2	3	4	5	
Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.	1	2	3	4	5	
C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.	1	2	3	4	5	
Je suis mal à l'aise quand quelqu'un s'approche trop de moi.	1	2	3	4	5	
J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux(ses) n'aient plus envie de rester avec moi.	1	2	3	4	5	
Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.	1	2	3	4	5	
J'ai peur d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5	
Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens.	1	2	3	4	5	

	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	Cotation
Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.	1	2	3	4	5	
Je préfère ne pas dépendre des autres.	1	2	3	4	5	
Je sais que les autres seront là quand j'aurai besoin d'eux.	1	2	3	4	5	
J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.	1	2	3	4	5	
Mes partenaires amoureux(es) veulent souvent que je sois encore plus proche que ce qui me met à l'aise.	1	2	3	4	5	
Je trouve relativement facile d'être proche des gens.	1	2	3	4	5	

Annexe 3 : Echelle d'affirmation de soi de Rathus

Consigne : Pour chaque question, vous devez indiquer à quel degré les affirmations suivantes sont caractéristiques de votre comportement.

À chaque réponse correspond un nombre de points :

- 1 = très vrai
- 2 = plutôt vrai
- 3 = un peu vrai
- 4 = un peu faux
- 5 = plutôt faux
- 6 = vraiment faux

Attention, les questions précédées d'un astérisque*, ont leur score inversé de cette manière :

- 1 = vraiment faux
- 2 = plutôt faux
- 3 = un peu faux
- 4 = un peu vrai
- 5 = plutôt vrai
- 6 = très vrai

1*. La plupart des gens me semblent être plus agressifs et défendre mieux leurs droits que moi.	
2*. Il m'est arrivé d'hésiter par timidité au moment de donner ou d'accepter un rendez-vous.	
3. Quand la nourriture dans un restaurant ne me satisfait pas, je m'en plains au serveur ou à la serveuse.	
4*. Je fais attention à ne pas heurter le sentiment des autres, même lorsqu'on m'a blessé(e).	
5*. Si un vendeur s'est donné beaucoup de mal à me montrer une marchandise qui ne me convient pas parfaitement, j'ai un moment difficile lorsque je dois dire « non ».	
6. Lorsqu'on me demande de faire quelque chose, j'insiste pour en savoir la raison.	
7. Il y a des moments où je cherche une bonne et vigoureuse discussion.	
8. Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession.	
9*. À vrai dire, les gens tirent souvent profit de moi.	
10. J'ai du plaisir à entreprendre des conversations avec de nouvelles connaissances ou des étrangers.	
11*. Souvent je ne sais rien dire à des personnes séduisantes du sexe opposé.	
12*. J'hésiterais à téléphoner à un grand établissement de commerce ou à une administration.	
13*. Je préférerais poser ma candidature pour un autre travail par lettre plutôt que par un entretien personnel.	
14*. Je trouve embarrassant de renvoyer une marchandise.	
15*. Si un parent proche et respecté est en train de m'ennuyer, j'étoufferai mes sentiments plutôt que d'exprimer cette gêne.	
16*. Il m'est arrivé de ne pas poser des questions par peur de paraître stupide.	

17*. Pendant une discussion serrée, j'ai souvent peur d'être bouleversé(e) au point de trembler de tout mon corps.	
18. Si un conférencier réputé et respecté dit quelque chose que je pense inexact, j'aimerais que le public entende aussi mon point de vue.	
19*. J'évite de discuter les prix avec les représentants et les vendeurs.	
20. Lorsque j'ai fait quelque chose d'important et de valable, je m'arrange pour le faire savoir aux autres.	
21. Je suis ouvert et franc au sujet de mes sentiments.	
22. Si quelqu'un a répandu des histoires fausses et de mauvais goût à mon sujet, je le vois aussi vite que possible pour une explication.	
23*. J'ai souvent un moment difficile lorsque je dois dire « non ».	
24*. J'ai tendance à contenir des émotions plutôt que de faire une scène.	
25. Je me plains lorsque le service est mal fait dans un restaurant ou ailleurs.	
26*. Souvent je ne sais pas quoi dire lorsqu'on me fait un compliment.	
27. Au cinéma, au théâtre, ou lors d'une conférence, si un couple près de moi est en train de parler à voix haute, je lui demande de se taire ou d'aller autre part.	
28. Quiconque cherche à passer devant moi dans une queue risque une bonne explication.	
29. Je suis rapide dans l'expression de mes opinions.	
30* Il y a des moments où je ne sais pas quoi dire.	

Annexe 4 : Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Consigne : Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord : 1	Plutôt en désaccord : 2	Plutôt en accord : 3	Tout à fait en accord : 4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Annexe 5 : Echelle de dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

Consigne : Pour chacune des affirmations suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN-NORMANDIE et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019

Auteur : PIERRON Emilie

IMPACT D'UN GROUPE D’AFFIRMATION DE SOI EN SSR D’ADDICTOLOGIE Stratégies de coping, attachement et estime de soi

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Dans le traitement des troubles liés à l'usage (TLU) de substances psychoactives, la formation aux compétences sociales (dont le groupe d'affirmation de soi) est devenue une stratégie thérapeutique recommandée. Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact d'un groupe d'affirmation de soi (GAS) sur plusieurs facteurs : les stratégies de coping, l'estime de soi et la qualité de l'attachement des patients participants.

Nous avons évalué chez un groupe de patients présentant un TLU de substances psychoactives les scores d'une échelle de coping (WCC), un questionnaire permettant de déterminer le type d'attachement (RSQ), une échelle d'affirmation de soi (Rathus), d'estime de soi (Rosenberg) et de dépression et d'anxiété (HAD) avant et après la participation au GAS, qui s'est déroulé d'octobre 2018 à janvier 2019 en SSR d'addictologie à Alfortville. Les moyennes à chaque échelle avant et après le groupe ont été comparées par un test t de Student.

11 patients ont été inclus dans l'étude. A l'issue du groupe, il n'a pas été observé de modification significative des stratégies de coping, du type d'attachement ou de la qualité de l'affirmation de soi. On note une augmentation de la moyenne du score d'estime de soi de 15,9% ($p < 0,01$) et une baisse de la moyenne des scores de dépression (11,9%) et d'anxiété (7,9%) ($p < 0,03$).

Le groupe d'affirmation de soi peut se révéler un bon outil thérapeutique dans le traitement de la maladie addictive. Ce travail pourra être complété par d'autres études avec un plus grand nombre de participants.

MOTS CLES :

Addiction ; Coping ; Attachement ; Estime de soi ; Affirmation de soi ; Psychothérapie ; Stress ; Dépression.

IMPACT OF AN ASSERTIVE TRAINING GROUP IN A REHABILITATION CENTER Coping strategies, attachment and self-esteem

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Social skills training, including assertive training group, has become a recommended therapeutic strategy in substance use disorders. This work aims to evaluate the impact of an assertive training group on several factors: coping strategies, self-esteem and the quality of attachment strategies.

In a group of patients with a substance use disorder, we assessed the scores of a coping scale (WCC), a questionnaire to determine the type of attachment (RSQ), an assertiveness scale (Rathus), self-esteem scale (Rosenberg) and depression and anxiety scale (HAD), before and after participating in the assertive training group, which took place from October 2018 to January 2019 in a rehabilitation center in Alfortville. The averages at each scale before and after the group were compared through a Student's test.

11 patients were included in the study. At the end of the group, there was no significant change in coping strategies, type of attachment or quality of assertiveness. There was an increase in the average self-esteem score of 15,9% ($p < 0,01$) and a decrease in mean depression scores (11,9%) and anxiety scores (7,9%) ($p < 0,03$).

The assertive training group can be a good therapeutic tool in the treatment of substance use disorders. This work may be completed by further studies with a larger number of participants.

KEY WORDS:

Addiction ; Coping ; Attachment ; Self-esteem ; Assertiveness ; Psychotherapy ; Stress ; Depression.