

Impact de la maltraitance psychologique sur l'estime de soi

Auteur : Parotte, Déborah

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24790>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Impact de la maltraitance psychologique sur l'estime de soi

Promotrice : BLAVIER Adélaïde

Superviseuse : JADOT Laura

Lectrices : BOURLET Monica & GOOSSE Manon

Mémoire présenté par PAROTTE Déborah

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Psychologiques

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Madame Adélaïde Blavier, ainsi que ma superviseuse, Madame Laura Jadot, d'avoir accepté de superviser ce mémoire. Je les remercie également de m'avoir accompagnée tout au long de la rédaction, ainsi que de m'avoir donné de précieux conseils et réponses à mes questions. Je remercie également Madame Monica Bourlet et Madame Manon Goose d'avoir accepté d'être lectrices pour ce travail. Je remercie également ceux qui ont relu mon travail, et m'ont aidée pour la partie statistiques. Leurs recommandations ont été inestimables.

Je remercie également tous les professionnels rencontrés, notamment à travers les stages réalisés, qui m'ont aiguillée dans ce travail. Ils m'ont permis de développer et d'enrichir ma pratique clinique, ainsi que ma réflexion et mon esprit critique. Cela m'a aidée à rédiger ce mémoire avec plus de recul, et dans une perspective d'enrichissement de mes connaissances. Je les remercie également de m'avoir aidée à construire la future clinicienne que je suis devenue.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, ceux qui ont cru en moi à tout moment, même lorsque je doutais de moi-même. Je remercie tout ces amis, ces membres de ma famille et ces collègues qui m'ont encouragée à travailler, à m'améliorer, à ne jamais abandonner. Je remercie tout particulièrement mon père, qui m'a appris à toujours donner le meilleur de moi-même. Il en va de même pour ces amis avec qui nous avons pu travailler ensemble pour s'encourager, ceux avec qui on a pu partager nos objectifs et nos craintes pour notre avenir. En résumé, je remercie toutes ces personnes qui, même si on ne se parlait pas tous les jours, étaient là pour moi, m'ont soutenue et encouragée à réaliser mes objectifs. Surtout, elles m'ont aidée croire en moi et en ma capacité à atteindre mes objectifs, et je leur en serais éternellement reconnaissante. Elles m'ont aidée à être moi, pleinement.

Je termine ces remerciements par une citation qui, à mon sens, résume bien mes cinq années d'études, ainsi que mes objectifs futurs. Si j'ai pu garder cet état d'esprit, c'est grâce à ces proches qui m'ont aidée à tout donner, en mettant de côté mes peurs, et en continuant à rêver.

« Tout est possible à qui rêve, ose, travaille et n'abandonne jamais » X. Dolan

Table des matières

Remerciements	1
Table des matières	2
Introduction	5
1^{ère} Partie : Revue de la littérature scientifique	7
1. Maltraitance infantile	7
1.1 Typologie de la maltraitance	7
a) Maltraitance physique	8
b) Maltraitance psychologique.....	9
c) Maltraitance sexuelle.....	10
d) Négligence physique	11
e) Négligence émotionnelle	11
1.2 Facteurs de risque	12
a) Facteurs individuels de l'enfant	12
b) Facteurs parentaux	13
c) Facteurs relationnels familiaux	13
d) Facteurs sociaux et communautaires	14
1.3 Conséquences.....	15
a) Conséquences sur le plan psychologique	15
b) Conséquences sociales et relationnelles	16
2. Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe)	17
2.1 Description du concept	17
2.2 Étiologie.....	19
2.3 Conséquences.....	20
3. Estime de soi.....	21
3.1 Description du concept	21
a) Définitions générales et distinctions théoriques	21
b) Modèles explicatifs.....	21
c) Dynamique temporelle	22
3.2 Comment reconnaître une estime de soi plus fragile ?	23
3.3 Conséquences d'une estime de soi plus fragile	23
3.4 Comment la maltraitance psychologique peut impacter l'estime de soi ?.....	25
4. Attachement	26

4.1 Description du concept	26
4.2 Différents types d'attachement	27
a) Attachement sécure	28
b) Attachement évitant	28
c) Attachement anxieux	29
d) Attachement désorganisé	29
4.3 Liens avec la maltraitance psychologique et le trauma complexe	31
4.4 Liens avec l'estime de soi	32
2^{ème} Partie : Méthodologie	33
1. Question de recherche et hypothèses	33
2. Population et recrutement	35
3. Outils	35
3.1 Questionnaire de données socio-démographiques	35
3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Version (CTQ-SV)	36
3.3 International Trauma Questionnaire (ITQ)	37
3.4 Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg (RSE)	37
3.5 Experiences in Close Relationships Scale (ECR)	38
4. Procédure de passation	38
5. Analyses statistiques	39
6. Dimension éthique	39
3^{ème} Partie : Résultats	40
1. Analyses descriptives	40
2. Analyses liées à la question de recherche	42
2.1 Test de l'hypothèse principale	42
2.2 Test de la première hypothèse complémentaire	44
2.3 Test de la deuxième hypothèse complémentaire	45
2.4 Test de la troisième hypothèse complémentaire	45
2.5 Test de l'hypothèse exploratoire	46
4^{ème} Partie : Discussion	49
1. Interprétation des résultats	49
1.1 Hypothèse principale	49

1.2 Hypothèse complémentaire 1.....	50
1.3 Hypothèse complémentaire 2.....	51
1.4 Hypothèse complémentaire 3.....	52
1.5 Hypothèse exploratoire.....	53
2. Forces et limites de l'étude.....	55
3. Implications cliniques et perspectives de recherche	57
Conclusion	60
Bibliographie	61
Annexes	73
Annexe 1 : Formulaire de consentement.....	73
Annexe 2 : Questionnaire de données sociodémographiques	74
Annexe 3 : Données socio démographiques	75
Annexe 4 : Tests statistiques hypothèse principale	76
Annexe 5 : Tests statistiques première hypothèse complémentaire.....	80
Annexe 6 : Tests statistiques deuxième hypothèse complémentaire	81
Annexe 7 : Tests statistiques troisième hypothèse complémentaire	82
Annexe 8 : Tests statistiques hypothèse exploratoire	85
Résumé.....	87

Introduction

La maltraitance infantile constitue aujourd'hui encore un enjeu majeur de santé publique, tant à l'échelle mondiale que nationale. En effet, les données épidémiologiques témoignent d'une prévalence élevée de ce phénomène, qui demeure néanmoins encore sous-estimé. En 2024, une étude, menée auprès de jeunes issus de la population générale en Fédération Wallonie-Bruxelles, révèle que 57.5% des adolescents âgés de 12 à 18 ans déclarent avoir subi au moins une forme de maltraitance au cours de leur enfance. La violence psychologique et la négligence émotionnelle se démarquent particulièrement, étant rapportées, respectivement, par 32.2% et 36.7% de ces jeunes (Jadot & Blavier, 2024).

Cependant, nous avons des raisons de penser que le chiffre noir de ce phénomène est assez important (Fohring, 2015). Autrement dit, le nombre de victimes d'abus durant l'enfance pourrait être plus élevé que ce que l'on est capable de percevoir à travers les données recueillies. De nombreux facteurs peuvent participer à cette invisibilisation, comme un manque de formation spécifique chez les professionnels, des erreurs diagnostiques, des suspicions non signalées (Tursz, 2015). De surcroît, la nature même de la maltraitance mène à cette sous-estimation. Les actes de maltraitance sont souvent dissimulés (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2022) et rarement déclarés (Benarous et al., 2014). Aussi, leur identification varie considérablement selon le pays, la définition adoptée, le type de maltraitance étudié, la méthode et les analyses statistiques utilisées, ainsi que la qualité des informations récoltées (OMS, 2022).

La maltraitance infantile engendre une multitude de conséquences délétères, tant à court terme pour l'enfant, qu'à long terme pour l'adolescent et l'adulte à venir (OMS, 2022 ; Tursz, 2015). Parmi les répercussions possibles, une estime de soi fragilisée est fréquemment rapportée dans la littérature (Cicchetti & Kim, 2004 ; Islam et al., 2022 ; Sachs-Ericsson et al., 2010 ; Zhang et al., 2023). Par ailleurs, le type d'attachement développé peut également être influencé par les expériences de maltraitance durant l'enfance. Conjointement, le vécu de maltraitance durant l'enfance et l'attachement peuvent impacter l'estime de soi (Cicchetti & Kim, 2004 ; Homola & Oros, 2023 ; Pinqart, 2023).

Enfin, le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) peut se développer à la suite de comportements maltraitants durant l'enfance (Brewin, 2020 ; OMS, 2024). Si les liens entre ce trouble et certaines formes de maltraitance, telles que la violence physique ou sexuelle, sont assez bien documentés, ceux relatifs à l'abus psychologique demeurent encore aujourd'hui relativement peu explorés (Gama et al., 2021). En outre, les individus atteints de TSPT-C auraient significativement plus de chances de développer une estime de soi plus faible (Chong et al., 2024 ; Cloitre et al., 2019 ; Fung et al., 2023 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Kerig, 2021), ainsi qu'un attachement insécuré (Chong et al., 2024). Conjointement, la présence d'attachement insécuré pourrait amplifier la sévérité des manifestations du TSPT-C, notamment en ce qui concerne la détresse émotionnelle et le risque suicidaire, symptômes cliniques majeurs de toute prise en charge (Chong et al., 2024).

L'objectif principal de cette étude est donc d'examiner comment la maltraitance psychologique peut impacter l'estime de soi, en tenant compte de médiateurs potentiels tels que le TSPT-C et le type d'attachement.

1^{ère} Partie : Revue de la littérature scientifique

1. Maltraitance infantile

La maltraitance infantile reprend toutes les formes de violences et de négligences à l'égard de tout individu âgé de moins de 18 ans. Elle concerne tout type d'abus physiques et/ou affectifs, d'abus sexuels, de négligence, ou d'exploitation, qui peuvent mener à un préjudice avéré ou éventuel pour la santé, la survie, le développement ou la dignité de l'enfant, dans le cadre d'une relation de soin, de confiance ou d'autorité (OMS, 2022). La maltraitance peut être exercée par les parents ou les responsables légaux, mais aussi par tout donneur de soin principal (*caregiver*) (Leeb et al., 2008). Cependant, comme mentionné précédemment, la maltraitance est un domaine complexe à étudier, et par conséquent à définir, ce qui explique en partie le manque de consensus des définitions.

Il est à noter que, pour considérer qu'un comportement est maltraitant, il faut prendre en compte les notions de répétition, de systématisation et d'intensité des actes violents. Ainsi, chaque type de maltraitance se situe sur un continuum plutôt que dans une forme binaire (Beaudelot et al., 2023). Aussi, le fait de catégoriser ou non un comportement comme maltraitant dépend également du contexte sociétal et culturel (Akenssous et al., 2024).

1.1 Typologie de la maltraitance

Bien que la maltraitance physique soit la forme de maltraitance la plus fréquemment mise en lumière et aisément identifiable, elle ne saurait résumer à elle seule l'ensemble des violences subies par les enfants. La maltraitance infantile recouvre en réalité plusieurs dimensions, incluant la maltraitance physique, psychologique, sexuelle, ainsi que la négligence physique et émotionnelle. Si chacune peut survenir de manière isolée, la littérature souligne qu'elles tendent fréquemment à coexister, la majorité des enfants victimes étant exposés à une pluralité de formes de maltraitance (Benarous et al., 2014 ; Finkelhor et al., 2011 ; Leeb et al., 2008). Ces différentes typologies seront précisées dans les sections suivantes.

a) Maltraitance physique

La maltraitance physique peut être considérée comme un acte non accidentel de force physique à l'encontre d'un enfant, généralement de la part de son principal donneur de soins (English, 1998 ; Leeb et al., 2008 ; Heyman et al., 2024). Ce type de comportement est susceptible d'altérer l'intégrité physique de l'enfant ou de susciter chez lui une peur intense (English, 1998 ; Heyman et al., 2024), indépendamment de l'intentionnalité de l'auteur des faits (American Psychiatric Association, 2024). Il peut s'agir, entre autres, de donner des coups à l'enfant (APA, 2024 ; Drachman & de Becker, 2020), le pousser, le mordre (Leeb et al., 2008 ; Heyman et al., 2024), le gifler, ou encore lui lancer quelque chose qui pourrait le blesser (Heyman et al., 2024), le traîner, le secouer, l'étrangler (Leeb et al., 2008), ou tout autre comportement pouvant le blesser.

Ces violences peuvent engendrer des blessures physiques de nature variable, telles que des ecchymoses (Heyman et al., 2024), des hématomes (APA, 2024), des contusions, des brûlures (Benarous et al., 2014 ; Stith et al., 2009), jusqu'à des fractures (Benarous et al., 2014 ; Stith et al., 2009), une perte de conscience (Heyman et al., 2024), un traumatisme crânien (Benarous et al., 2014), voire une défiguration (Leeb et al., 2008) ou une invalidité permanente (Leeb et al., 2008). Dans les cas les plus extrêmes, le décès de l'enfant peut survenir (APA, 2024 ; Leeb et al., 2008). Il convient néanmoins de souligner que certaines atteintes corporelles ne sont pas visibles de prime abord (Leeb et al., 2008 ; Rey-Salmon, 2008). Par exemple, les lésions peuvent être internes, comme lors de traumatismes crâniens (Rey-Salmon, 2008).

Par ailleurs, la distinction entre maltraitance physique et punition corporelle demeure un sujet de controverse au sein de la littérature scientifique, bien qu'un consensus semble émerger. En effet, les châtiments corporels administrés dans un but éducatif, tels qu'une gifle, une fessée, ou autre acte « modéré », peuvent être assimilés à des actes de maltraitance physique. Selon cette perspective, les punitions corporelles pourraient constituer une part importante des maltraitances physiques (Partenariat mondial pour l'élimination de la violence envers les enfants, 2021). Toutefois, ces châtiments corporels engendrent des conséquences néfastes pour l'enfant (OMS, 2021) sans pour autant apporter un réel avantage, comme une intériorisation du comportement visé (Partenariat mondial pour l'élimination de la violence envers les enfants, 2021).

b) Maltraitance psychologique

La maltraitance psychologique se caractérise par des comportements répétés et/ou graves (Kairys & Johnson, 2002), verbaux et/ou non-verbaux, susceptibles de compromettre le bien-être émotionnel de l'enfant ou d'altérer la perception qu'il a de sa propre valeur (APA, 2024 ; Kairys & Johnson, 2002 ; Qu, 2024). Ces comportements peuvent finir par caractériser la relation parent-enfant, sous forme d'un schéma répétitif (Kairys & Johnson, 2002).

Elle peut notamment se manifester par tout comportement de dévalorisation, d'humiliation (APA, 2024 ; Glaser, 2011 ; Heyman et al., 2024 ; Kairys & Johnson, 2002 ; Rey-Salmon, 2008 ; Drachman & de Becker, 2020), de rejet (Kairys & Johnson, 2002 ; Rey-Salmon, 2008 ; Wekerle & Smith, 2019), ou d'indifférence (Kairys & Johnson, 2002). Des pratiques d'isolement (APA, 2024 ; Glaser, 2011 ; Heyman et al., 2024 ; Kairys & Johnson, 2002), du contrôle intrusif ou rigide (Glaser, 2011 ; Heyman et al., 2024 ; Wekerle & Smith, 2019) ou encore des attentes inappropriées par rapport à son âge ou niveau de développement (Glaser, 2011) peuvent également consister en de la maltraitance psychologique. La maltraitance psychologique peut également prendre la forme de menaces (Heyman et al., 2024 ; Rey-Salmon, 2008 ; Wekerle & Smith, 2019), telles que des menaces d'abandon (APA, 2024 ; Kairys & Johnson, 2002), d'atteinte à des animaux ou objets significatifs pour l'enfant, mais peut aussi consister à faire croire à l'enfant qu'il est en danger (Kairys & Johnson, 2002).

L'implication de l'enfant dans des conflits qui ne le concernent pas (Drachamn & de Becker, 2020) peuvent également survenir dans ce cadre. Par ailleurs, l'exposition à la violence conjugale durant l'enfance peut être considérée comme une forme spécifique de maltraitance psychologique (Evans et al., 2008 ; Holden, 2003 ; Kairys & Johnson, 2002). En effet, l'enfant peut être affecté par le fait d'assister (directement ou indirectement), voire de tenter de s'interposer, à des actes de violence entre ses figures parentales (Evans et al., 2008).

La maltraitance peut revêtir un caractère chronique, donc s'inscrire dans la durée, ou être épisodique, c'est-à-dire survenir dans un contexte spécifique (par exemple, en cas de consommation de substances par le *caregiver*) (Kairys & Johnson, 2002 ; Leeb et al., 2008). Ces interactions délétères peuvent conduire l'enfant à intérioriser des croyances profondément négatives à son égard, telles que l'idée qu'il n'a pas de valeur, qu'il n'est ni aimé ni désiré, ou encore qu'il n'existe que pour subvenir aux besoins des autres (Glaser, 2011 ; Kairys & Johnson,

2002 ; Leeb et al., 2008). De plus, il est établi que de nombreux enfants exposés à ce type de violence sont parallèlement victimes d'autres formes de maltraitance (Holden, 2003 ; Lavergne et al., 2008).

Un aspect particulier de la maltraitance psychologique, tout comme de la négligence émotionnelle que nous aborderons ultérieurement, réside dans l'absence de preuves matérielles tangibles. Cette invisibilité peut rendre les victimes plus enclines à éprouver un sentiment d'illégitimité (Mwakanyamale & Yizhen, 2019).

c) Maltraitance sexuelle

Selon l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) (2014), la maltraitance sexuelle désigne :

La participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les interdits fondamentaux en ce qui concerne les rôles familiaux.

La maltraitance sexuelle a pour objectif de procurer une gratification sexuelle à l'auteur (Heyman et al., 2024 ; English, 1998 ; Trickett et al., 2011) ou un avantage financier (Trickett et al., 2011). Cette forme de maltraitance peut prendre la forme de contacts physiques directs (APA, 2024 ; Heyman et al., 2024), tels que des attouchements génitaux, des pénétrations vaginales ou anales, des actes de sodomie, des atteintes à la pudeur, jusqu'au viol (APA, 2024 ; Trickett et al., 2011). Mais elle peut également se manifester sans contact physique direct (APA, 2024 ; Leeb et al., 2008), notamment par l'exposition à des contenus pornographiques, l'incitation à la prostitution (English, 1998 ; Heyman et al., 2024 ; Leeb et al., 2008 ; Trickett et al., 2011), des actes de voyeurisme (Heyman et al., 2024 ; Leeb et al., 2008), des exhibitions sexuelles (Leeb et al., 2008 ; Trickett et al., 2011), ou toute autre forme d'exploitation sexuelle.

Certains comportements abusifs peuvent être dissimulés sous le couvert de soins, comme dans le cas du nursing pathologique. Dans ce cadre, l'auteur peut, par exemple, se baigner avec un enfant en âge de se laver seul, ou encore nettoyer de manière excessive ses parties génitales sous prétexte d'hygiène (Cailleau, 2017).

d) Négligence physique

La négligence physique se définit comme l'omission d'une réponse adéquate aux besoins fondamentaux de l'enfant au niveau physique (Perroud, 2014). Elle peut concerner diverses dimensions du quotidien et de la santé physique de l'enfant, comme l'alimentation (APA, 2024 ; Heyman et al., 2024 ; Leeb et al., 2008 ; Perroud, 2014 ; Stith et al., 2006 ; Trickett et al., 2011), l'habillement (APA, 2024 ; Leeb et al., 2008), les conditions de logement, ou encore la sécurité physique (English, 1998 ; Heyman et al., 2024 ; Stith et al., 2006 ; Trickett et al., 2011). À titre d'exemple, nous pourrions citer le fait de ne pas consulter un professionnel de santé lorsque l'état de l'enfant le requiert (Perroud, 2014 ; Trickett et al., 2011).

e) Négligence émotionnelle

La négligence émotionnelle se rapporte au fait de ne pas fournir le support émotionnel nécessaire au bon développement psychique de l'enfant (Perroud, 2014). Elle peut notamment se manifester par l'absence de réponses appropriées à certains besoins émotionnels de l'enfant, tels que le besoin de sécurité, d'estime de soi, d'attention ou d'accompagnement éducatif (Pernel & Garret-Gloanec, 2023). Il peut s'agir, par exemple, de ne pas accompagner un enfant en difficulté scolaire dans la réalisation de ses devoirs (Perroud, 2014). Elle se distingue notamment de la maltraitance émotionnelle car, contrairement à cette dernière, elle ne reflète pas une parentalité hostile, mais indifférente (Xiao et al., 2021).

Il convient de souligner que tant la négligence physique qu'émotionnelle renvoient à des omissions ou comportements inadéquats, suffisamment graves pour porter préjudice à l'enfant (Heyman et al., 2024 ; Trickett et al., 2011). Ces manquements dépassent un certain seuil critique au-delà duquel la réponse du *caregiver* est jugée insuffisante par rapport à ce qui est attendu (Heyman et al., 2024 ; Trickett et al., 2011). Leur imprévisibilité (l'enfant ne sait pas quand sa figure d'attachement va répondre à ses besoins), leur incohérence ou leur inadéquation (par insuffisance ou excès) peuvent porter préjudice à l'enfant. Il est également à noter que la reconnaissance de la négligence suppose que les responsables légaux disposent des ressources matérielles, intellectuelles et psychiques nécessaires pour assurer le bon développement de l'enfant (Heyman et al., 2024 ; Trickett et al., 2011).

1.2 Facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque ont été identifiés comme étant associés à la maltraitance infantile. Ils peuvent être regroupés en plusieurs catégories : les facteurs individuels propres à l'enfant, les facteurs parentaux, les facteurs relationnels et familiaux, ainsi que les facteurs sociaux et communautaires.

Toutefois, il convient de rester prudent quant à l'interprétation de cette association. En effet, la majorité des recherches disponibles reposent sur une méthodologie de type quasi-expérimental. Or, ce type d'étude ne permet pas d'établir une relation de causalité, mais uniquement de corrélation (Quertemont & Didone, 2024 ; Sidebotham & Heron, 2006). Ainsi, on ne peut pas affirmer qu'un facteur donné engendre automatiquement ou directement des comportements maltraitants. Cette association pourrait être due à des variables externes, ou être une des conséquences de la maltraitance elle-même (Brown et al., 1998). Aussi, bien qu'un facteur de risque ne constitue pas un facteur déterminant la maltraitance, leur interaction et leur multiplication en augmente la probabilité (Brown et al., 1998 ; Vial et al., 2020).

Enfin, il est à noter que, dans la littérature scientifique, relativement peu d'études se concentrent spécifiquement sur l'abus et la négligence psychologiques. En effet, ceux-ci semblent encore moins étudiés en comparaison aux autres formes de maltraitance.

a) Facteurs individuels de l'enfant

Plusieurs caractéristiques propres à l'enfant sont considérées comme des facteurs de risque d'être victime de maltraitance infantile. Nous pouvons, entre autres, citer une naissance prématurée (Sidebotham & Heron, 2006 ; Tursz, 2011), une grossesse non-désirée (OMS, 2022 ; Sidebotham & Heron, 2006), ou encore le fait d'avoir déjà été victime de maltraitance (Hindley et al., 2006). Le sexe de l'enfant peut également influencer la nature des violences subies. Par exemple, les filles sont plus exposées aux abus sexuels (Tursz, 2011).

Aussi, la présence d'un handicap constitue également un facteur de risque (Benarous et al., 2014 ; Dubowitz et al., 2011 ; Jones et al., 2012). Il en va de même pour les enfants présentant des difficultés développementales (Dubowitz et al., 2011), des besoins spécifiques (OMS, 2022), ou encore des troubles du comportement (Benarous et al., 2014 ; OMS, 2022).

Concernant spécifiquement la maltraitance psychologique, certaines caractéristiques individuelles de l'enfant semblent augmenter la probabilité d'être exposé à ce type de violence. Parmi ces facteurs, on retrouve notamment des comportements agressifs, des difficultés dans les relations interpersonnelles (faible aptitude à se faire des amis), ou encore des conduites délinquantes (Black et al., 2000).

b) Facteurs parentaux

La majorité des facteurs répertoriés comme facteurs de risque propres aux parents lors de certaines études (Doidge et al., 2017 ; Dubowitz et al., 2011 ; OMS, 2022 ; Sidebotham & Heron, 2006) sont également retrouvés lorsqu'on isole la maltraitance psychologique. Nous pouvons citer certaines conditions psychopathologiques, telles qu'un état dépressif, une anxiété sociale, un trouble de l'usage de substance, voire des tentatives de suicide. Une faible estime de soi, un manque d'empathie ainsi que de faibles compétences sociales peuvent également augmenter la probabilité d'adoption de comportements violents psychologiquement. Il en va de même pour certaines caractéristiques éducatives, telles qu'un style parental autoritaire (Kairys & Johnson, 2002).

c) Facteurs relationnels familiaux

Certains facteurs spécifiques à la relation parent-enfant peuvent accroître le risque de maltraitance. Parmi ceux-ci, des perturbations dans la construction du lien d'attachement avec l'enfant ont été mises en évidence (OMS, 2022). Cette fragilité peut être en lien avec une difficulté à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant ou à comprendre ses capacités. De plus, la perception répétée de défauts chez l'enfant peut conduire le parent à ne pas le considérer comme conforme à ses attentes narcissiques potentielles. Ce constat pourrait s'ajouter à des fragilités parentales préexistantes (telles que des carences affectives, de l'intolérance, etc.) (Tursz, 2011)

Certaines caractéristiques propres à la structure familiale peuvent augmenter la probabilité d'émergence de comportements violents (de tout type). À titre d'exemple, nous pouvons citer le fait qu'il s'agisse d'une famille monoparentale (Brown et al., 1998 ; Dubowitz et al., 2011 ; Sidebotham & Heron, 2006), recomposée (Sidebotham & Heron, 2006) ou nombreuse, c'est-à-dire composée de plus de 3 enfants (Brown et al., 1998 ; Dubowitz et al., 2011).

Au niveau du système familial, un contexte de violence conjugale peut augmenter la probabilité de co-occurrence avec des comportements violents psychologiquement (Kairys & Johnson, 2002 ; OMS, 2022 ; Sidebotham & Heron, 2006). Par ailleurs, comme mentionné précédemment, l'exposition à la violence conjugale est elle-même reconnue comme une forme de maltraitance psychologique en soi (Evans et al., 2008 ; Holden, 2003 ; Kairys & Johnson, 2002). Enfin, un divorce parental conflictuel constitue également un facteur de risque spécifique de maltraitance psychologique (Kairys & Johnson, 2002).

Étant donné que le fait d'avoir soi-même été victime de comportements maltraitants (de tout type) durant l'enfance augmente le risque d'en adopter, nous pouvons nous interroger sur la dimension transgénérationnelle de ce phénomène (OMS, 2022 ; Sidebotham & Heron, 2006 ; Vial et al., 2020).

d) Facteurs sociaux et communautaires

Au niveau sociétal, certains facteurs peuvent être en lien avec la présence de comportements maltraitants (de tout type). Brièvement, nous pouvons citer les inégalités sexuelles et sociales (comme un statut socioéconomique plus faible), certaines normes sociales et culturelles pouvant prôner la violence, mais encore le manque de services d'aide au logement, de garde ou d'éducation des enfants (OMS, 2022). Enfin, la facilité d'accès aux substances augmente également la probabilité d'adoption de comportements maltraitants (OMS, 2022). Cependant, certains liens, comme celui entre le statut socio-économique et la maltraitance, semblent être plus complexes, et enclins aux stéréotypes. De plus, il s'agit d'une notion faisant toujours débat à l'heure actuelle dans la littérature (Nazari et al., 2025).

Concernant la maltraitance psychologique, les études consultées n'ont pas permis d'identifier de facteurs de risques sociodémographiques clairement établis. Seule l'hypothèse d'un très faible revenu familial est ressortie, mais n'a malheureusement pas pu être vérifiée (Black et al., 2001).

1.3 Conséquences

La maltraitance psychologique peut engendrer de nombreuses conséquences, tant sur le plan psychique que physique (Kairys & Johnson, 2002). Nous allons détailler certaines conséquences sur le plan psychologique et social, bien que ce type de maltraitance psychologique puisse également impacter la santé physique. À titre d'exemple, elle peut être en lien avec des troubles psychosomatiques. Plus généralement, l'état de santé à l'âge adulte serait moins bon, et le taux de mortalité serait plus précoce (Kairys & Johnson, 2002).

a) Conséquences sur le plan psychologique

La maltraitance psychologique peut jouer un rôle dans l'apparition de certaines difficultés psychopathologiques, telles que des symptômes anxiodépressifs, des comportements d'auto-mutilation, voire des pensées suicidaires. Elle peut également être associée à une plus grande impulsivité et/ou instabilité émotionnelle, ainsi qu'à une apathie émotionnelle (Kairys & Johnson, 2002). La maltraitance psychologique peut aussi influencer l'émergence de certains troubles psychopathologiques, tels que le trouble de personnalité borderline (Kairys & Johnson, 2002), les troubles de l'usage de substances et les troubles du comportement alimentaire (Kairys & Johnson, 2002 ; Wolf & Elklit, 2020).

Dans la littérature scientifique, le trouble de stress post-traumatique complexe apparaît comme l'une des conséquences les plus fréquemment associées à la maltraitance infantile (Brewin, 2020 ; OMS, 2024 ; Wolf & Elklit, 2020). Ce point sera approfondi ultérieurement.

Enfin, l'impact de la maltraitance psychologique sur l'estime de soi apparaît comme une conséquence particulièrement centrale (Kairys & Johnson, 2002). L'enfant, encore en développement, est particulièrement sensible aux interactions avec les figures parentales, et notamment aux représentations de soi qu'elles lui renvoient (Wolf & Elklit, 2020). Ainsi, des expériences négatives répétées, en particulier le rejet ou la maltraitance par les figures d'attachement primaires, compromettent le développement socio-émotionnel de l'enfant et nuisent à l'élaboration d'une estime de soi positive (Cook et al., 2005 ; Mwakanyamale & Yizhen, 2019). En effet, dans ce contexte, l'enfant peut se percevoir comme indigne d'amour, anticiper le rejet et intérioriser des messages dévalorisants (Cook et al., 2005 ; Mwakanyamale & Yizhen, 2019).

b) Conséquences sociales et relationnelles

Au niveau social, nous pouvons brièvement mentionner que la maltraitance psychologique peut être associée à une tendance à s'isoler, ou au contraire à être « dépendant » affectivement, à ressentir moins d'empathie pour les autres, et à des comportements antisociaux, à une inadaptation sexuelle, de l'agressivité ou de la violence (Kairys & Johnson, 2002). Cela est notamment en lien avec le fait que la maltraitance psychologique peut rendre l'individu plus méfiant envers les autres. Ainsi, il est plus difficile pour eux de s'épanouir dans leurs relations (Mwakanyamale & Yizhen, 2019).

Aussi, la maltraitance psychologique peut prédisposer au développement d'un attachement insécure et de troubles de l'attachement (Kairys & Johnson, 2002). En effet, survenant durant les premières années de vie, période cruciale du développement de l'enfant, la maltraitance infantile perturbe la formation du lien d'attachement avec la figure d'attachement principale (Fournier et al., 2019). Ce facteur constitue une vulnérabilité aux types d'attachement insécures, notamment à une anxiété d'attachement élevée (Baer & Martinez, 2006 ; Erozkhan, 2016).

2. Trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C)

2.1 Description du concept

Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) peut se définir comme un état psychopathologique pouvant survenir à la suite d'une exposition à une série d'événements de nature menaçante ou effrayante (Brewin et al., 2017 ; Fung et al., 2023 ; OMS, 2024), généralement prolongés dans le temps, durant l'enfance, principalement avec la figure d'attachement (Milot et al., 2021). Toutefois, il convient de souligner que cette définition suscite toujours des débats à l'heure actuelle, notamment concernant le fait que l'exposition à ces événements ait lieu pendant l'enfance. En effet, certains auteurs considèrent que cette exposition peut également avoir lieu à l'âge adulte (Roberge, 2011 ; Vaucher et al., 2023). Cependant, dans le cadre de ce mémoire, nous allons garder la définition selon laquelle les événements potentiellement traumatisants ont lieu durant l'enfance.

Il convient également de distinguer le TSPT-C du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le TSPT-C se différencie notamment par son caractère plus chronique : le TSPT complexe survient majoritairement à la suite d'événements potentiellement traumatiques vécus de manière récurrente ou sur un long laps de temps (Chong et al., 2024 ; Li & Liang, 2023), tandis que le TSPT se développe généralement suite à un seul événement potentiellement traumatique (Li & Liang, 2023). Le TSPT complexe tend à émerger précocement dans la vie de l'individu et à impliquer plus fréquemment des proches, tels que des membres de la famille (Chong et al., 2024 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Jannini et al., 2023).

Aussi, le TSPT-C reprend les 3 groupes de symptômes présents dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (soit des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants ; des symptômes d'évitement ; une altération de la cognition et de l'humeur et de l'hyperéveil), ainsi que des manifestations spécifiques : les troubles de l'auto-organisation (DSO) (Chong et al., 2024 ; Cloitre et al., 2019 ; Fung et al., 2023 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Kerig, 2021 ; OMS, 2024).

Les DSO se manifestent par 3 groupes de symptômes : des difficultés de régulation émotionnelle, une image négative de soi, et des difficultés relationnelles (Chong et al., 2024 ; Cloitre et al., 2019 ; Fung et al., 2023 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Kerig, 2021 ; Li & Liang, 2023 ; OMS, 2024). Les difficultés de régulation émotionnelle se manifestent notamment par des réactions émotionnelles intenses, de l'impulsivité, de la violence, un comportement autodestructeur, ou encore un état dissociatif lors d'un événement stressant (Li & Liang, 2023). L'image négative de soi, quant à elle, fait référence à l'impression d'être diminué, vaincu, inutile ou sans valeur. Elle s'accompagne généralement de sentiments comme la honte, la culpabilité ou le vécu subjectif d'échec, en lien avec l'événement traumatique. Les difficultés interpersonnelles peuvent se refléter par des difficultés à entretenir ses relations et à se sentir proche des autres (Chong et al., 2024 ; Cloitre et al., 2019 ; Fung et al., 2023 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Kerig, 2021 ; Li & Liang, 2023 ; OMS, 2024).

Ainsi, l'estime de soi apparaît étroitement liée au TSPT-C, en particulier aux symptômes relevant des DSO, dont l'image négative de soi. Elle pourrait jouer un rôle de médiateur dans la relation entre l'exposition à un événement potentiellement traumatique et le développement du TSPT-C, ainsi que de ses manifestations symptomatiques (Li & Liang, 2023)

2.2 Étiologie

Plusieurs mécanismes psychologiques et sociaux participent à l'émergence et au maintien du TSPT-C. La solitude, par exemple, peut constituer un facteur de vulnérabilité en augmentant le risque de victimisation, mais aussi un modérateur, en altérant la capacité de l'individu à réguler les symptômes du TSPT-C et à mobiliser le soutien social. Conjointement, les manifestations du TSPT-C peuvent renforcer les sentiments de solitude, notamment à travers des difficultés à tolérer les liens interpersonnels et une tendance à les éviter. Certains symptômes du TSPT-C, tels que la dysrégulation émotionnelle, peuvent également entretenir cet isolement. Par ailleurs, une image négative de soi, associée à des sentiments de honte ou de culpabilité, est susceptible d'impacter les relations sociales, et ainsi d'intensifier le sentiment de solitude perçu (Dagan & Yager, 2019).

Aussi, le TSPT-C est étroitement lié à l'estime de soi (Cloître et al., 2009 ; Karatzias et al., 2018 ; Li & Liang, 2023). Une faible estime de soi pourrait agir comme facteur médiateur entre les traumatismes infantiles et le TSPT-C, en particulier ceux relevant des symptômes DSO (Li & Liang, 2023). Il est ainsi supposé que les expériences traumatiques précoces dégradent l'image de soi, renforçant les symptômes post-traumatiques. Par conséquent, une estime de soi faible serait associée à des difficultés émotionnelles et relationnelles, tandis qu'une estime de soi plus élevée pourrait atténuer certains symptômes spécifiques du TSPT-C (Li & Liang, 2023).

Une autre hypothèse serait que l'estime de soi des individus ayant été victimes de maltraitance infantile soit plus instable (Wolf & Elklit, 2020). Or, la présence de symptômes de TSPT (en particulier lors de l'exposition à des événements déclencheurs) peut à son tour affecter l'estime de soi (Kashdan et al., 2006 ; Wolf & Elklit, 2020). Conjointement, une estime de soi instable pourrait accroître la vulnérabilité face aux événements stressants, augmentant ainsi le risque de développer un TSPT (Kashdan et al., 2006).

Sur le plan neurobiologique, des stress précoces peuvent modifier durablement les systèmes de régulation du stress. Le facteur de libération de la corticotropine (CRF), impliqué dans l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), joue également un rôle de neuromodulateur central, notamment au niveau de l'amygdale. Une activité excessive du CRF peut contribuer aux symptômes comme l'hypervigilance, fréquemment observée dans le TSPT-C (Nemeroff, 2004 ; Shekhar et al., 2005).

2.3 Conséquences

Le TSPT complexe est reconnu comme ayant un impact plus sévère et invalidant que le TSPT, notamment au vu de son lien plus prononcé avec certaines comorbidités psychiatriques (Chong et al., 2024 ; Cloitre et al., 2019 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Jannini et al., 2023) et altérations fonctionnelles (Chong et al., 2024). En effet, le TSPT complexe est plus fréquemment associé à un trouble dépressif majeur, à de l'anxiété généralisée (Cloitre et al., 2019 ; Hopchet et al., 2017), ou plus généralement à un niveau élevé de détresse émotionnelle globale (Chong et al., 2024 ; Cloitre et al., 2019).

De plus, les comportements autodestructeurs (Hopchet et al., 2017), ainsi que les conduites suicidaires, peuvent être exacerbés dans le cadre du TSPT complexe (Chong et al., 2024), alors qu'ils sont déjà fortement corrélés au TSPT (Chong et al., 2024 ; Jannini et al., 2023 ; Kerig, 2021). Cette augmentation du risque de comportement suicidaire pourrait être, en partie, expliquée par les troubles de l'auto-organisation. En effet, la dysrégulation affective et l'impulsivité pouvant y être associée, pourrait favoriser l'accoutumance à la douleur et diminuer la peur de mourir (Chong et al., 2024). Aussi, le risque suicidaire peut être majoré par les sentiments de désespoir, notamment en lien avec une image négative de soi (Chong et al., 2024 ; Jannini et al., 2023) et la dysrégulation affective (Jannini et al., 2023). Enfin, des difficultés interpersonnelles peuvent mener à un isolement social. Cet isolement, combiné à des difficultés d'identification émotionnelle et une peur de ressentir des émotions, peut engendrer un risque suicidaire plus élevé (Chong et al., 2024).

Aussi, les personnes atteintes de TSPT complexe présentent un risque accru de développer des expériences psychotiques transitoires (Chong et al., 2024 ; Jannini et al., 2023), des épisodes dissociatifs (Chong et al., 2024 ; Fung et al., 2023 ; Guzman Torres et al., 2023), ou encore des comportements addictifs (Chong et al., 2024 ; Guzman Torres et al., 2023 ; Hopchet et al., 2017 ; Jannini et al., 2023). Le trauma complexe est également fréquemment en lien avec le trouble de personnalité borderline (Ford & Courtois, 2021). Sur le plan de la régulation émotionnelle, les individus atteints de TSPT complexe auraient une tendance plus forte à recourir à des stratégies inefficaces, telles que la suppression expressive. Conjointement, ils utiliseraient moins fréquemment des stratégies efficaces, telles que la réévaluation cognitive (Karatzias et al., 2018).

3. Estime de soi

3.1 Description du concept

L'estime de soi est un concept central en psychologie, pouvant être appréhendé selon diverses perspectives théoriques.

a) Définitions générales et distinctions théoriques

L'estime de soi peut être définie comme l'évaluation subjective qu'un individu porte sur sa valeur personnelle (Acar et al., 2022 ; Orth & Robins, 2014). Il s'agit d'un construit multidimensionnel, comprenant des composantes cognitives (les représentations mentales que l'individu entretient à propos de lui-même), émotionnelles (les affects positifs ou négatifs associés à cette image de soi) et comportementales (les attitudes et les actions influencées par cette perception de soi) (André, 2005 ; Isomaa et al., 2012). Une haute estime de soi permet de s'estimer et de se respecter, tandis qu'une faible estime de soi renvoie une image désagréable de soi-même et peut conduire au rejet et à l'intolérance de soi (Isomaa et al., 2012). Enfin, une distinction est couramment opérée entre l'estime de soi globale, qui reflète une appréciation générale de sa propre valeur, et l'estime de soi spécifique, qui se rapporte à des domaines particuliers tels que la performance académique (Bylsma et al., 1997).

b) Modèles explicatifs

Plusieurs approches théoriques ont tenté de modéliser le fonctionnement de l'estime de soi. Dans une perspective psychanalytique, elle est influencée par l'idéal du moi, constitué d'un ensemble de critères et de valeurs personnels qui orientent l'autoévaluation (Block & Robins, 1993). Une autre perspective, notamment développée par James et Rosenberg, considère l'estime de soi comme le résultat de l'écart perçu entre les succès effectifs d'un individu et ses aspirations personnelles (Block & Robins, 1993).

Ce concept peut également être envisagé comme un système de signal interne. En effet, l'estime de soi informerait l'individu de son adéquation avec son environnement. Lors d'échecs ou de rejets, elle pourrait jouer un rôle de régulateur en signalant un désajustement. Cela peut favoriser l'adaptation mais, en cas de fragilité, conduire à une autocritique excessive ou une dévalorisation de soi (André, 2009)

Par ailleurs, elle s'inscrit dans une dynamique sociale. En effet, elle est modulée par le regard d'autrui, les interactions interpersonnelles, et le contexte socio-culturel dans lequel l'individu évolue. Les opinions et comportements d'autrui participent à la construction de l'image de soi (André, 2005 ; Doré, 2017). De surcroît, les processus de comparaison sociale ainsi que la conformité (ou non) aux normes du groupe de référence influencent également la valeur que l'on s'attribue (Fourchard & Courtinat-Camps, 2013).

c) Dynamique temporelle

La question de la stabilité temporelle de l'estime de soi demeure controversée dans la littérature. Certains auteurs la conçoivent comme un trait relativement stable, façonné par les expériences de vie et consolidé par des interactions sociales positives (Doré, 2017). Selon cette perspective, l'estime de soi suivrait une trajectoire normative : elle tendrait à augmenter à partir de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, avant de diminuer à partir de la cinquantaine (Orth & Robins, 2014). Elle serait ainsi considérée comme relativement stable, bien que soumise à certaines fluctuations au fil du temps.

À contrario, d'autres travaux défendent une conception plus dynamique de l'estime de soi, soulignant son caractère variable en fonction de l'environnement et des interactions sociales (Doré, 2017). Dans cette lignée, certains auteurs postulent qu'elle oscille de manière plus ou moins marquée selon les événements de vie, traduisant des processus d'ajustement permanents permettant à l'individu de s'adapter à son vécu (André, 2009). L'estime de soi serait alors envisagée comme un baromètre des croyances actuelles de l'individu, continuellement influencé par les stimulations extérieures (Trzeniewski et al., 2003). Selon certains auteurs, cette sensibilité serait plus particulièrement marquée à l'adolescence, période de transition caractérisée par de profonds changements biologiques, psychologiques, sociaux et cognitifs (Trzeniewski et al., 2003). Toutefois, les résultats de l'étude de Trzeniewski et al. (2003) viennent nuancer cette hypothèse, indiquant une augmentation de la stabilité de l'estime de soi durant l'adolescence et le début de l'âge adulte. Cette stabilisation pourrait s'expliquer par la consolidation de l'identité et le développement de la maturité psychique, permettant à l'individu de construire un sens de soi plus cohérent et durable.

3.2 Comment reconnaître une estime de soi plus fragile ?

Plusieurs éléments permettent de reconnaître une estime de soi plus fragile. Par exemple, une focalisation excessive sur soi, le questionnement prépondérant sur la perception qu'ont les autres de nous peut être un des signes d'une estime de soi plus faible (André, 2005 ; Rosenberg & Owens, 2001). Conjointement, une forte insécurité dans les relations sociales, une pression quant au jugement extérieur peut aussi être associé à une estime de soi plus fragile (André, 2005). Cela peut également être accompagné d'un sentiment de solitude, d'être différent et « moins » que les autres (André, 2005), et d'une hyper attention aux signes de rejet (Rosenberg & Owens, 2001).

Aussi, les personnes avec une plus faible estime d'elles-mêmes peuvent avoir l'impression d'être un imposteur lorsqu'elles accomplissent quelque chose (André, 2005), et aller à l'encontre de leurs objectifs et de leurs envies (André, 2005 ; Isomaa et al., 2012). Aussi, lorsqu'elles se sentent moins bien, elles peuvent avoir tendance à faire l'inverse de ce qui pourrait leur faire du bien et à avoir des difficultés à demander de l'aide (André, 2005). Conjointement, les émotions négatives et l'amplification de ces dernières occupent une place importante dans la vie des individus à l'estime de soi plus fragile (André, 2005 ; Isomaa et al., 2012). Souvent, elles vont se calquer aux normes de manière excessive, en essayant de correspondre à outrance à un idéal sociétal, aux conventions, tout en faisant « comme si » elles étaient fortes, sans problème. Enfin, ces personnes auront d'autant plus de difficultés à se remettre en question (André, 2005)

3.3 Conséquences d'une estime de soi plus fragile

L'estime de soi jouerait un rôle fondamental dans la protection de l'adversité (André, 2005 ; Henriksen et al., 2017). Par exemple, une faible estime de soi est en lien avec les troubles dépressifs (Aebi & Orth, 2025 ; Isomaa et al., 2012 ; Liu et al., 2022). Ainsi, une faible estime de soi pourrait être un facteur de risque. Une des explications pourrait se trouver dans leurs stratégies de régulation émotionnelle, qui pourraient s'avérer inadaptées (André, 2005 ; Henriksen et al., 2017) Par exemple, ils pourraient s'enfermer dans une « spirale négative », comme ne pas tenter de se remonter le moral avec des activités qu'ils savent bénéfiques pour eux après un échec (André, 2005).

Une autre hypothèse se situerait au niveau du locus d'attribution. Lorsqu'ils se voient confrontés à un échec, les individus ayant une plus faible estime d'eux-mêmes auraient plus fréquemment tendance à adopter des attributions internes, globales et stables, ce qui confirme leur image d'eux-mêmes négatives (André, 2005 ; Schulze et al., 2024). Par conséquent, ils auraient moins tendance à réitérer certaines activités, ce qui limite leurs chances de recevoir des gratifications. Ainsi, leur estime d'eux-mêmes plus faible pourrait se consolider. Le risque est que chaque défaite vécue puisse être « dramatisée » et ruminée pendant un long moment (André, 2005).

Ainsi, une estime de soi plus fragile est associée à plusieurs conséquences négatives. Par exemple, elle est liée à des symptômes dépressifs (Aebi & Orth, 2025 ; Isomaa et al., 2012 ; Liu et al., 2022 ; Nguyen et al., 2019 ; Trzeniewski et al., 2003) et anxieux (Henriksen et al., 2017 ; Isomaa et al., 2012 ; Liu et al., 2022 ; Nguyen et al., 2019), notamment à des signes d'anxiété sociale (Isomaa et al., 2012). Une faible estime de soi est également fréquemment corrélée aux idéations et tentatives de suicide (Nguyen et al., 2019).

Une estime de soi plus faible est fréquemment liée à des difficultés de gestion émotionnelles et comportementales (Mwakanyamale & Yizhen, 2019), telles que des problèmes d'intériorisation et d'extériorisation, comme de l'impulsivité (Henriksen et al., 2017). Une plus faible estime de soi est également en lien avec des troubles de l'usage de substance (Rosenberg & Owens, 2001), une plus forte dépendance aux réseaux sociaux (Acar et al., 2022), ou encore des perturbations de la scolarité (Bardou et al., 2012 ; Nguyen et al., 2019) comme un décrochage scolaire (Bardou et al., 2012).

Enfin, une estime de soi plus faible peut altérer les relations sociales (Delelis & Bosscher, 2023 ; Harris & Orth, 2002) et conjugales (Delelis & Bosscher, 2023). Par exemple, les individus avec une estime de soi plus faible pourraient se sentir moins à l'aise dans les relations sociales, moins compétents, plus anxieux (Delelis & Bosscher, 2023). De plus, une estime de soi plus fragile est associée à une sécurité d'attachement moindre (Pinquart, 2023), et est souvent conjointe à un attachement anxieux ou désorganisé (Bylsma et al., 1997).

3.4 Comment la maltraitance psychologique peut impacter l'estime de soi ?

Des expériences négatives répétées, notamment le rejet des figures d'attachement primaires, peuvent fragiliser l'estime de soi (Cook et al., 2005 ; Mwakanyamale & Yizhen, 2019). Plus précisément, la maltraitance psychologique entrave le développement émotionnel, cognitif et social de l'enfant (Mwakanyamale & Yizhen, 2019). Ces expériences adverses tendent à induire une perception de soi comme étant indigne d'amour (Cook et al., 2005 ; Mwakanyamale & Yizhen, 2019), incompetent, voire « anormal ». Cette image négative de soi favorise l'anticipation du rejet par autrui. Par ailleurs, l'individu peut en venir à s'attribuer la responsabilité des rejets ou moqueries vécus (Cook et al., 2005), et intérioriser les messages dévalorisants transmis par ses parents (Mwakanyamale & Yizhen, 2019).

Aussi, selon le modèle des schémas précoces de Young, certains modèles cognitifs inadéquats peuvent altérer le fonctionnement psychologique et relationnel de l'individu. Ces schémas, structurés autour de souvenirs, affects et représentations mentales de soi et des autres, sont souvent de nature dysfonctionnelle (Siahmoshtei et al., 2021 ; Thimm & Chang, 2022). Ils se forment et se renforcent au cours du développement de l'enfant, principalement en réponse à des expériences négatives, et leur persistance peut altérer les cognitions et relations de l'individu (Siahmoshtei et al., 2021 ; Thimm & Chang, 2022). Ainsi, la maltraitance psychologique peut renforcer ces schémas inadéquats, contribuant à une perception négative de soi et des autres, et fragilisant l'estime de soi.

Les interactions sociales, en particulier durant l'enfance, constituent un miroir de la valeur personnelle perçue. Étant donné que les premières interactions sociales s'effectuent majoritairement avec les figures d'attachement primaires, celles-ci jouent un rôle déterminant dans la construction de l'image de soi (Krauss et al., 2019). Aussi, l'estime de soi se fonde en grande partie sur la qualité des relations d'attachement. Nous développerons ce point ultérieurement, mais lorsque le lien d'attachement est altéré, notamment en présence de comportements parentaux maltraitants, l'élaboration d'une conception de soi stable et positive peut être compromise (Deborde et al., 2016). En effet, l'absence de réponses adéquates de la part du donneur de soins aux besoins de l'enfant peut également conduire ce dernier à se percevoir comme indigne d'amour et à douter de sa capacité à recevoir de l'affection de la part d'autrui (Deborde et al., 2016).

4. Attachement

4.1 Description du concept

L'attachement désigne le lien affectif profond et relativement durable qui s'établit entre un individu et une figure significative, généralement le parent ou le principal pourvoyeur de soins, soit sa figure d'attachement ou *caregiver* (Ainsworth & Bell, 1970 ; Pederson & Moran, 1996 ; Delage et al., 2004 ; Tereno et al., 2007). Bien que la littérature évoque principalement les relations entre un parent et son enfant, le lien d'attachement peut concerner d'autres personnes ou même des animaux (Ainsworth & Bell, 1970).

Ce concept, introduit par John Bowlby, repose sur l'idée que l'attachement constitue un besoin de sécurité et de protection fondamental (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Delage et al., 2004). Ce besoin se manifesterait principalement face à des situations de détresse et de danger, lors desquelles l'enfant peut manifester différents comportements afin que sa figure d'attachement réagisse à sa détresse (Delage et al., 2004). Ces manifestations ont été mises en évidence au cours de l'expérience de la « *Strange Situation* » de Mary Ainsworth. Ces parterns comportementaux ont permis de dégager 4 types d'attachement : sécure, anxieux, évitant et désorganisé, qui seront détaillés par la suite (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015 ; Pederson & Moran, 1996 ; Spies & Duschinsky, 2021). Le lien d'attachement permet également à l'enfant d'explorer son environnement lorsque ses besoins de sécurité sont comblés (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Delage et al., 2004). Ainsi, l'enfant utilise son *caregiver* comme base de sécurité afin d'explorer son environnement (Benoit, 2004 ; Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

Ainsi, le système d'attachement, bien que façonné et primordial lors des premières années de la vie, demeure relativement stable (Ainsworth & Bell, 1970 ; Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Pederson & Moran, 1996) et reste actif tout au long de la vie (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). En effet, les expériences relationnelles vécues par l'enfant avec sa figure d'attachement jouent un rôle majeur car elles permettent la construction d'un modèle opérant interne (MOI). Il s'agit d'une représentation, d'une intériorisation des interactions entre soi et l'autre, permettant de s'autoréguler au niveau émotionnel et interpersonnel. Ce MOI devient de plus en plus stable au cours du temps, mais peut évoluer à tout moment de la vie, notamment avec la présence d'une nouvelle figure d'attachement (Delage, 2013 ; Fournier et al., 2019).

Le lien d'attachement se construit au sein du système familial et est notamment influencé par les dynamiques relationnelles familiales. Par exemple, la sécurité affective d'un parent peut influencer celle de l'enfant. Un parent sécure tend à favoriser un attachement sécure chez l'enfant. Ce lien est plus complexe lorsque le parent présente un attachement insécure, tel qu'un attachement anxieux, car l'enfant peut non seulement reproduire ce modèle, mais aussi développer une stratégie d'attachement complémentaires afin de s'ajuster aux particularités relationnelles du parent (Shah et al., 2010). Aussi, le type d'attachement formé durant l'enfance interagit avec les expériences relationnelles ultérieures, modifiant la manière dont l'attachement se manifeste à l'âge adulte, notamment en modulant la confiance accordée à son partenaire (Yilmaz et al., 2023). Enfin, il convient de souligner que les manifestations et la perception du lien d'attachement sont également modulés par les normes culturelles et sociales qui encadrent les relations familiales (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Pederson & Moran, 1996 ; Yilmaz et al., 2023).

4.2 Différents types d'attachement

Comme mentionné précédemment, 4 types d'attachement ont été distingués, dont l'attachement sécure, ainsi que 3 types d'attachement insécures : évitant, anxieux, et désorganisé (Fournier et al., 2019 ; Spies & Duschinsky, 2021).

Aussi, à l'âge adulte, le lien d'attachement peut être conceptualisé en deux dimensions : l'anxiété d'attachement et l'évitement (Birnbaum et al., 2006 ; Karatzias et al., 2018). Ces dernières correspondent à deux continuums, pouvant être représentés graphiquement (Birnbaum et al., 2006). La dimension « anxiété d'attachement » reprend la peur du rejet ou de l'abandon, le besoin profond d'approbation de l'autre, accompagnés d'une détresse intense si la figure d'attachement ne se montre pas disponible. La dimension « évitement de l'attachement », quant à elle, renvoie à la crainte de la dépendance à l'autre, la peur de l'intimité, ainsi qu'à un besoin accru d'autonomie et à une certaine réticence à s'ouvrir aux autres (Birnbaum et al., 2006 ; Karatzias et al., 2018). Ces dimensions coïncident avec les différents types d'attachement. Les individus présentant un niveau élevé sur l'une ou l'autre de ces dimensions (ou les deux) seraient davantage susceptibles de se situer dans un attachement insécure (Wei et al., 2007). Par ailleurs, ces deux axes peuvent être mis en parallèle avec deux stratégies de régulation des insécurités affectives : la désactivation et l'hyperactivation des besoins d'attachement et de recherche de proximité (Birnbaum et al., 2006)

a) Attachement sécure

Les individus présentant un attachement sécure ont, le plus souvent, bénéficié durant leur enfance d'un *caregiver* fiable et disponible (Erozkan, 2016). Ce type d'attachement est généralement associé à une estime de soi positive (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015 ; Fournier et al., 2019), à une capacité à solliciter de l'aide en cas de besoin, ainsi qu'à une aptitude à explorer l'environnement sereinement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Ces individus présentent fréquemment des compétences sociales et empathiques solides (Delage, 2013 ; Fournier et al., 2019), et sont en mesure d'établir des relations de confiance, de communiquer de façon claire et ouverte, et de faire face aux séparations de manière plus sereine (Delelis et al., 2020).

b) Attachement évitant

Les personnes se situant dans un profil d'attachement évitant ont, quant à elles, souvent grandi dans un environnement marqué par le rejet (Erozkan, 2016 ; Tereno et al., 2007), l'humiliation, l'ignorance, ou un désintérêt affectif de la part de leur figure d'attachement (Benoit, 2004). Très tôt, ils développent une tendance à inhiber l'expression de leurs émotions (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015 ; Delage, 2013 ; Riva Crugnola et al., 2011). Contrairement à l'impression qu'ils peuvent donner, ils ressentent leurs émotions, mais évitent de les exprimer (Riva Crugnola et al., 2011). Conjointement, ces personnes se sentent fréquemment mal à l'aise face aux émotions exprimées par autrui (Shahab et al., 2021).

Sur le plan social, les individus évitants tendent à percevoir l'autre comme indigne de confiance (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015 ; Van Doorn et al., 2025). Ils peuvent présenter des difficultés d'intégration au sein des groupes de pairs dès l'enfance, ou adopter des comportements relationnels perçus comme inadaptés (Delage, 2013). De plus, ce sont généralement des personnes qui manifestent un plus grand besoin d'indépendance et de distance émotionnelle (Delelis et al., 2020 ; Shahab et al., 2021 ; Van Doorn et al., 2025). Ce fonctionnement peut s'expliquer par une crainte de dépendance relationnelle ou d'intimité émotionnelle trop profonde (Delelis et al., 2020 ; Van Doorn et al., 2025).

c) Attachement anxieux

Le profil anxieux se développe souvent chez des individus dont les besoins affectifs n'ont pas été satisfaits de manière constante durant l'enfance (Erozkan, 2016). Aussi, ce type d'attachement semble particulièrement fréquent chez les personnes ayant subi des abus sexuels durant l'enfance (Shahab et al., 2025). Cette insécurité relationnelle conduit à une hyperactivation du système d'attachement (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015 ; Riva Crugnola et al., 2011), et est marquée par un désir intense et une vigilance accrue à l'attention reçue, qu'elle soit positive ou négative (Riva Crugnola et al., 2011 ; Delage, 2013). Aussi, leur estime de soi est généralement plus faible, renforçant leur dépendance affective en les conduisant à se reposer davantage sur les autres (Falgares et al., 2024).

Ces personnes craignent particulièrement la désapprobation et le rejet de l'autre (Delelis et al., 2020 ; Van Doorn et al., 2025), et sont constamment à la recherche de l'approbation d'autrui (Van Doorn et al., 2025), tout en éprouvant des difficultés à lui faire pleinement confiance (Van Doorn et al., 2025). Elles tendent à établir des relations très intimes, avec peu d'autonomie émotionnelle (Shahab et al., 2021), et rencontrent souvent des difficultés sociales (Delage, 2013). De plus, la transition à l'adolescence et à l'âge adulte peut s'avérer complexe, car ils peuvent éprouver des difficultés à se détacher de leur identité d'enfant (Delage, 2013).

d) Attachement désorganisé

Le profil d'attachement désorganisé se rencontre fréquemment chez des individus ayant expérimenté des réponses incohérentes de la part de leur *caregiver* durant leur enfance (Benoit, 2004 ; Erozkan, 2016). Ces personnes ont souvent été exposées à des actes abusifs ou à des comportements parentaux inadéquats (Baer & Martinez, 2006 ; Erozkan, 2016 ; Madigan et al., 2023). Ce type d'attachement est particulièrement associé à la négligence physique et émotionnelle, ainsi qu'à la maltraitance psychologique (Falgares et al., 2024 ; Shahab et al., 2025). Plus précisément, la maltraitance et la négligence psychologique semblent particulièrement corrélés à des niveaux élevés d'évitement de l'attachement (Falgares et al., 2024 ; Shahab et al., 2025). Paradoxalement, leurs parents pouvaient être à la fois source de peur et de réconfort, plaçant ainsi l'enfant dans une situation relationnelle contradictoire et imprévisible (Baer & Martinez, 2006 ; Tereno et al., 2007).

Concernant les relations entre l'anxiété d'attachement, l'évitement et la maltraitance physique, les liens semblent plus mitigés : certaines études rapportent une association avec une anxiété accrue, d'autres avec un évitement plus marqué, voire aucune relation spécifique (Shahab et al., 2025).

Les individus présentant un attachement désorganisé mobilisent simultanément des stratégies de régulation émotionnelle caractéristiques des profils anxieux et évitants, alternant ainsi entre hyperactivation et désactivation de l'attachement. Cette fluctuation tend à engendrer une régulation émotionnelle instable et contradictoire (Pahlavan et al., 2025). Plus généralement, ces personnes manifestent des comportements paradoxaux : bien qu'elles cherchent à établir un lien, leurs tentatives demeurent souvent incomplètes et incohérentes, en raison d'une ambivalence profonde marquée par la peur de l'attachement. Elles oscillent donc constamment entre le désir et la crainte de la proximité relationnelle (Paetzold et al., 2015).

Dès l'enfance, ces individus présentent souvent une image de soi plus négative et des niveaux élevés d'anxiété (Erozkan, 2016). Ils tendent à utiliser des stratégies de contrôle de leur environnement (Delage, 2013), tout en manifestant une régulation émotionnelle déficiente et des comportements impulsifs (Delage, 2013). L'attachement désorganisé apparaît comme celui le plus fortement corrélé aux troubles psychopathologiques (Fournier et al., 2019).

4.3 Liens avec la maltraitance psychologique et le trauma complexe

Le lien d'attachement, en structurant les modèles internes opérants, exerce une influence déterminante sur le développement de la personnalité, l'identité de l'individu, l'estime de soi, les relations interpersonnelles ultérieures, ainsi que la capacité de résilience face à l'adversité (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Pederson & Moran, 1996). Ce système de régulation affective, forgé au cours des premières interactions avec les figures de soin, constitue un socle pour l'organisation du fonctionnement psychique. Par conséquent, ce lien apparaît particulièrement vulnérable aux expériences précoces de maltraitance.

Effectivement, la maltraitance infantile survient fréquemment au cours des premières années de vie, soit une période critique pour l'établissement du lien d'attachement. Elle s'inscrit donc à un moment développemental où les interactions avec la figure principale de soin jouent un rôle central dans la régulation émotionnelle, le développement de la personnalité et du comportement, ainsi que dans l'élaboration des compétences psychosociales et des représentations internes de l'attachement (Fournier et al., 2019). Les données empiriques soulignent que la maltraitance constitue un facteur majeur de vulnérabilité au développement de types d'attachements insécures, et notamment de l'attachement désorganisé (Baer & Martinez, 2006 ; Erozkhan, 2016). La violence psychologique, en particulier, semble étroitement associée à une anxiété d'attachement élevée (Erozkhan, 2016).

Les représentations mentales qu'ont les parents de leurs propres expériences d'attachement influencent la qualité de l'attachement qu'ils établissent avec leur enfant. Ainsi, ces représentations mentales influencent leurs réponses aux besoins affectifs de l'enfant, pouvant ainsi transmettre d'une génération à l'autre des modèles relationnels. Par extension, les individus ayant vécu de la maltraitance sont plus à risques d'adopter eux-mêmes des comportements maltraitants selon ces modèles interpersonnels transmis (Van Ijzendoorn, 1995).

Par ailleurs, plusieurs travaux mettent en évidence l'association entre les formes insécurisées de l'attachement et le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) (Chong et al., 2024 ; Karatzias et al., 2022). Le TSPT complexe se manifeste fréquemment en cooccurrence avec une anxiété d'attachement marquée et une tendance à inhiber ou à restreindre l'expression émotionnelle (Karatzias et al., 2018). Les individus présentant ce trouble manifestent souvent un évitement relationnel, une difficulté à maintenir des liens interpersonnels stables et une altération dans l'expression de leurs affects (Karatzias et al., 2022). Ainsi, les types d'attachements insécures pourraient non seulement favoriser l'émergence du TSPT complexe, mais également en accentuer la symptomatologie, notamment en augmentant le niveau de détresse subjective et le risque suicidaire (Chong et al., 2024).

4.4 Liens avec l'estime de soi

Le système d'attachement joue un rôle central dans la structuration des représentations de soi et d'autrui, en influençant des dimensions telles que l'identité, les relations interpersonnelles et l'estime de soi (Luke et al., 2004 ; Bylsma et al., 1997). À cet égard, l'attachement sécure ou évitant est généralement associé à une estime de soi plus élevée, notamment en ce qui concerne les représentations sociales et conjugales. À contrario, un attachement anxieux ou désorganisé tend à être corrélé avec une estime de soi plus fragile (Bylsma et al., 1997).

Toutefois, les données empiriques demeurent hétérogènes quant à la direction de cette relation. La méta-analyse de Pinquart (2023) suggère une dynamique bidirectionnelle : une sécurité d'attachement favorise une estime de soi plus stable, laquelle, en retour, contribue au maintien de cette sécurité. Cet effet semble cependant diminuer avec l'âge, possiblement en raison du développement de l'autonomie et de l'émergence de nouvelles figures d'attachement.

Concernant les relations sociales, leur lien avec l'estime de soi apparaît également bidirectionnel (Harris & Orth, 2020). Une estime de soi élevée favoriserait des relations sociales de qualité, qui renforceraient à leur tour cette estime. Ce mécanisme de rétroaction positive pourrait cependant devenir délétère, notamment durant l'enfance et l'adolescence. En effet, des individus à l'estime de soi plus faible risquent de recevoir moins de soutien social et de vivre moins de relations positives, créant ainsi un cercle vicieux (Harris & Orth, 2020).

2^{ème} Partie : Méthodologie

1. Question de recherche et hypothèses

Pour ce mémoire, nous avons pour objectif d'explorer les liens entre la maltraitance infantile (particulièrement la maltraitance psychologique), le trouble de stress post traumatique complexe, l'estime de soi, ainsi que l'attachement. Pour ce faire, nous avons utilisé 5 questionnaires auprès d'une population de jeunes adultes francophones (hommes et femmes), âgés de 18 à 25 ans.

La question qui a guidé notre recherche est la suivante : Existe-t-il un lien entre la maltraitance (en particulier psychologique), un état de stress post-traumatique complexe, une plus faible estime de soi, et un style d'attachement prédominant entre 18 et 25 ans ?

L'hypothèse principale de ce mémoire est : les individus ayant subi de la maltraitance psychologique dans leur enfance auront une estime de soi plus basse entre 18 et 25 ans que ceux ayant subi d'autres types de maltraitance. Cette hypothèse se base sur les résultats de la littérature scientifique qui montrent que la maltraitance psychologique est particulièrement délétère pour le développement socio-émotionnel (Kairys & Johnson, 2002), impactant notamment l'estime de soi (Kairys & Johnson, 2002 ; Mwakanyamale & Yizhen, 2019 ; Wolf & Elklit, 2002). Effectivement, les enfants ayant été exposés à des interactions dévalorisantes ou rejetantes de la part de leurs figures d'attachement principales tendent à intérioriser une image négative d'eux-mêmes, ce qui pourrait compromettre leur estime personnelle à long terme. Ainsi, nous souhaitons investiguer plus précisément l'impact spécifique de la maltraitance psychologique sur l'estime de soi chez des jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans.

Aussi, plusieurs hypothèses complémentaires ont été élaborées :

- 1) Les individus ayant subi de la maltraitance durant leur enfance ont une estime d'eux-mêmes plus faible entre 18 et 25 ans. Cette hypothèse repose sur des recherches montrant que, plus largement, la maltraitance infantile, quelle que soit sa nature, est associée à une diminution générale de l'estime de soi (Cicchetti & Kim, 2004 ; Islam et al., 2022 ; Sachs-Ericsson et al., 2010 ; Zhang et al., 2023). Ainsi, cette observation soutient cette hypothèse complémentaire.

- 2) Les personnes ayant subi plusieurs types de maltraitance durant leur enfance sont plus susceptibles d'avoir une estime de soi plus basse que ceux ayant vécu un seul type de maltraitance. Cette hypothèse s'appuie sur des recherches, comme celles de Kairys & Johnson (2002) ou de Hahm et al. (2010) suggérant que l'exposition cumulative à plusieurs formes de maltraitance tend à aggraver les conséquences psychiques, notamment sur la régulation émotionnelle et l'intégrité psychologique. Cela permet de postuler que les individus ayant subi plusieurs types de maltraitance auront une estime de soi plus faible que ceux victimes d'un seul type d'abus.
- 3) Les enfants ayant vécu de la maltraitance psychologique en combinaison avec d'autres types de maltraitance sont plus susceptibles de développer un trauma complexe que les individus ayant subi d'autres types de maltraitance sans abus psychologique. Cette hypothèse repose sur les données démontrant que la maltraitance psychologique est reconnue comme un facteur déterminant dans le développement du trouble de stress post-traumatique complexe. Ce type de traumatisme survient fréquemment chez les personnes exposées à des abus prolongés et multiples (Brewin et al., 2017 ; Fung et al., 2023 ; OMS, 2024) ce qui souligne l'importance de la maltraitance combinée à d'autres formes d'abus dans l'émergence de ce trouble (Brewin, 2020 ; OMS, 2024 ; Wolf & Elklit, 2020).

Enfin, nous avons également élaboré une hypothèse à titre exploratoire : Quelle est la répartition des différents types d'attachement parmi les individus ayant subi de la maltraitance psychologique ? Cette hypothèse découle des constats issus de la littérature soulignant l'importance d'étudier l'impact de la maltraitance psychologique sur la qualité du lien d'attachement (Baer & Martinez, 2006 ; Erozkhan, 2016 ; Fournier et al., 2019). Par ailleurs, il paraît pertinent d'explorer la répartition des différents profils d'attachement, étant donné que les résultats existants semblent plus hétérogènes sur ce point (Shahab et al., 2025).

L'intérêt porté à la tranche d'âge des 18-25 ans repose sur le fait qu'il s'agit d'une période développementale particulièrement sensible et charnière. Bien que les individus aient dépassé l'adolescence, ils ne sont pas encore totalement entrés dans l'âge adulte, avec les rôles et responsabilités associés (Arnett, 2000 ; Nelson & McNamara Barry, 2005). De plus, cette phase est marquée par l'exploration de soi, où les individus cherchent à définir leur soi, leurs valeurs, leurs projets de vie, etc. (Arnett, 2000). Ainsi, il nous semble pertinent d'explorer comment les expériences de vie précoces peuvent impacter l'estime de soi spécifiquement à cette phase de transition.

2. Population et recrutement

Afin de répondre à nos hypothèses, nous avons pour objectif de recruter environ 200 participants dans le but d'avoir une puissance de 0.80. Toutefois, en raison de diverses contraintes (notamment de disponibilité et d'engagement des répondants), seuls 138 participants ont pu être inclus dans l'étude. L'échantillon final se compose ainsi de 138 participants, dont 84% étaient des femmes, et 14% étaient des hommes (et 2% de genre « autre »), âgés de 18 à 25 ans. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgé de minimum 18 ans et maximum 25 ans au moment de la participation, et disposer d'une maîtrise suffisante de la langue française afin de compléter les différents questionnaires. Aucun critère d'exclusion additionnel n'a été appliqué.

Il s'agit d'un échantillon de convenance, constitué sur base de la volonté des participants à prendre part à l'étude. Le recrutement des participants a été mené par le biais de différents canaux de diffusion : les réseaux sociaux, le bouche-à-oreille, ainsi que des affiches déposées dans des lieux publics, avec l'accord préalable des responsables des lieux concernés. Cette stratégie de recrutement visait à obtenir un échantillon relativement diversifié en termes de parcours personnels et de milieux socio-éducatifs.

D'après le logiciel G*Power, un échantillon de 138 sujets permettrait d'atteindre une puissance statistique d'environ 70, pour une taille d'effet de 0.35.

3. Outils

3.1 Questionnaire de données socio-démographiques

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons créé notre propre questionnaire de données socio-démographiques. Celui-ci visait notamment à collecter des informations sur l'âge, le genre, le plus haut niveau d'étude, le statut sociodémographique et la structure du ménage. Ce questionnaire permettait également de recueillir des données relatives à la présence éventuelle de ces problématiques : maladie cardiaque, maladie hépatique, infection ou maladie sexuellement transmissible, cancer, et obésité. Enfin, le questionnaire élaboré dans le cadre de cette recherche visait également à récolter des informations sur la consommation éventuelle d'alcool, de tabac et de substances illicites, ainsi que, le cas échéant, sur la fréquence de cette consommation (voir Annexe 3).

Étant donné que la maltraitance psychologique est associée à diverses conséquences sur la santé physique (Kairys & Johnson, 2002) et à des comportements de consommation de substances (Kairys & Johnson, 2002 ; Wolf & Elklit, 2020), il nous a semblé pertinent d'intégrer ces dimensions dans notre questionnaire socio-démographique ? Ainsi, nous avons inclus des variables relatives à la présence éventuelle de problématiques médicales présentes dans la Classification internationale des maladies (CIM) (OMS, 2024). Aussi, nous avons recueilli des informations sur la fréquence de consommation éventuelle de substance en nous appuyant sur des outils validés tels que l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) de l'OMS.

3.2 Childhood Trauma Questionnaire – Short Version (CTQ-SV)

Le Childhood Trauma Questionnaire – Short Version (CTQ-SV) est un questionnaire rétrospectif permettant d'évaluer les différents types de maltraitance subis durant l'enfance. Cet outil se décline en 5 dimensions distinctes, correspondant aux catégories de maltraitance : l'abus émotionnel, l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence physique et la négligence émotionnelle (Georgieva et al., 2021 ; Hagborg et al., 2022 ; Paquette et al., 2004). La version courte de ce questionnaire comprend 28 items, cotés selon une échelle de Likert en 5 points, allant de 1 (« jamais vrai ») à 5 (« très souvent vrai ») (Delhalle et al., 2024 ; Hagborg et al., 2022). Parmi ces items, 25 évaluent les 5 dimensions susmentionnées (5 items par dimension), et 3 items additionnels sont destinés à examiner la validité des réponses (Delhalle et al., 2024), en mesurant la tendance à la minimisation et au déni (seuls les scores maximaux à ces items sont pris en compte) (Hagborg et al., 2022).

Le CTQ-SV bénéficie d'une validation en langue française, avec des indices de consistance interne semblant varier d'acceptables à excellents (coefficients alpha de Cronbach compris entre 0.68 et 0.91), ainsi qu'une stabilité temporelle se situant entre satisfaisante et excellente (coefficients de corrélation test-re-test entre 0.73 et 0.94) (Paquette et al., 2004). Par ailleurs, des travaux récents, comme celui de Delhalle et al. (2024) ont permis de valider la structure factorielle du CTQ-SF dans sa version française, suggérant notamment un modèle alternatif (de 25 items). Aussi, cet instrument est reconnu tant pour le dépistage clinique que pour la recherche (Hagborg et al., 2022).

3.3 International Trauma Questionnaire (ITQ)

L'international Trauma Questionnaire (ITQ) est un outil d'auto-évaluation du trouble de stress post-traumatique et du trouble de stress post-traumatique complexe (Peraud et al., 2022), validé en français (Peraud et al., 2022). Il comprend 18 items, correspondant aux critères de la CIM-11 (Peraud et al., 2022). Ces items sont cotés sur une échelle de Likert à 5 points allant de « pas du tout » à « extrêmement », en se basant sur l'expérience traumatique la plus perturbante rapportée par le répondant.

Sur le plan psychométrique, la cohérence interne des sous-échelles de l'ITQ est qualifiée de bonne à excellente, à l'exception de la sous-échelle « dysrégulation affective » qui présente une cohérence interne plus faible ($\alpha = 0.40$) (Peraud et al., 2022). Plus précisément, la sous-échelle TSPT acquiert un alpha de Cronbach compris entre 0.81 et 0.87, et la sous-échelle DSO un alpha de Cronbach compris entre 0.84 et 0.89 (Camden et al., 2023). Concernant la fidélité test-retest, l'étude de Perraud et al. (2022) indique que la sous-échelle TSPT obtient une corrélation de Spearman de 0.77, et la sous-échelle DSO une corrélation de Spearman de 0.83, indiquant une stabilité temporelle satisfaisante.

3.4 Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg (RSE)

L'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg (RSE) est un questionnaire couramment utilisé et validé en français (Vallieres & Vallerand, 1990) composé de 10 items : 5 items évaluent l'estime de soi sous forme positive, et 5 de façon négative (Fourchard & Courtinat-Camps, 2013). Ainsi, la RSE explore la perception qu'a l'individu sur le fait d'être une personne de valeur ou, au contraire, une personne « inutile » ou un « échec » (Vallieres & Vallerand, 1990). Cette échelle évalue l'estime de soi conceptualisée comme un trait stable dans le temps (Trzeniewski et al., 2003). Pour ce faire, le répondant doit indiquer, selon une échelle de Likert en 4 points (allant de 1 « tout à fait en désaccord » à 4 « tout à fait en accord »), le degré d'accord avec chaque affirmation proposée (Deborde et al., 2016 ; Fourchard & Courtinat-Camps, 2013 ; Lecigne & Tolve, 2010).

Concernant ses propriétés psychométriques, la RSE présente une fidélité test-retest comprise entre 0.82 et 0.88 selon les études (Isomaa et al., 2012 ; Vallieres & Vallerand, 1990). Elle posséderait également une cohérence interne variant de 0.70 à 0.90 selon les études (Belghiti-Mahut & Drillon, 2012 ; Fourchard & Courtinat-Camps, 2013 ; Isomaa et al., 2012 ; Vallieres & Vallerand, 1990).

3.5 Experiences in Close Relationships Scale (ECR)

L'Experiences in Close Relationships Scale (ECR) est un questionnaire auto-rapporté composé de 36 items. Ces derniers sont évalués à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points (de 1 « fortement en désaccord » à 7 « fortement d'accord »). Ce questionnaire se base sur les deux dimensions de l'attachement : l'anxiété d'attachement et l'évitement d'attachement (Fjermestad et al., 2024 ; Wongpakaran & Wongpakaran, 2012). Ces deux dimensions ont obtenu une consistance interne excellente (alpha de Cronbach de 0.91 pour l'anxiété d'attachement, et de 0.94 pour l'évitement de l'attachement) (Zavattini & Busonera, 2017).

Les scores obtenus par le participant permettent de le situer dans un des types d'attachement : l'attachement sécure correspond à une faible anxiété d'attachement et à un faible évitement de l'attachement, le type anxieux à une forte anxiété et à un faible évitement, le type évitant à une faible anxiété d'attachement et à un fort évitement, et enfin le type désorganisé à une forte anxiété et à un fort évitement (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012).

4. Procédure de passation

L'étude se réalisait en ligne en une seule passation (d'environ vingt à trente minutes). Ainsi, les répondants étaient informés via des affiches ou du bouche-à-oreille, et pouvaient soit cliquer sur le lien du questionnaire, soit scanner un QR code sur les affiches. Ils réalisaient ainsi les différents questionnaires précédemment cités sur un appareil électronique (tablette, téléphone portable, etc.) dans le lieu de leur choix. Ils pouvaient également interrompre le questionnaire et le poursuivre ultérieurement s'ils intégraient leur adresse email. Une fois le questionnaire complété, les répondants validaient leurs réponses et l'enquête prenait fin.

5. Analyses statistiques

Afin de tester nos hypothèses, nous avons eu recours à différents tests statistiques réalisés à l'aide du logiciel Jamovi (version 2.2.4). Les données brutes ont d'abord été centralisées dans un fichier Excel, puis nettoyées afin de garantir leur qualité et leur pertinence pour l'analyse. Avant de tester chaque hypothèse, nous avons procédé à une vérification des conditions d'application. Plus précisément, la normalité de chaque variable a été contrôlée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov, et l'homogénéité des variances a été examinée grâce au test de Levene. Les données incohérentes ou jugées extrêmes ont également été retirées de l'échantillon afin de ne pas biaiser les résultats.

6. Dimension éthique

Cette recherche a reçu l'accord du Comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation (voir Annexe 1). Les participants ont été pleinement informés des objectifs, du déroulement, ainsi que des conséquences de ce mémoire, et ont donné leur consentement libre et éclairé (voir Annexe 2). Ils ont également été informés de leur droit d'interrompre leur participation à tout moment, sans devoir se justifier.

Les données ont été stockées de manière anonyme et sécurisée sur l'intranet de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation. Elles seront conservées pendant une durée maximale de 2 ans, avant d'être détruites. Toutes les modalités pratiques de gestion, de traitement, de conservation et de destruction des données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine.

3^{ème} Partie : Résultats

Cette partie est consacrée à l'analyse des données obtenues. Notre objectif était d'éclaircir le lien entre la maltraitance, principalement psychologique, l'estime de soi, le trouble de stress post-traumatique complexe, ainsi que le lien d'attachement. L'ensemble des tests statistiques et tableaux complets figure en annexe, y compris ceux qui n'ont pas été présentés dans la section principale.

1. Analyses descriptives

L'échantillon était composé de 138 participants. Parmi ceux-ci, 84% étaient des femmes, 14% des hommes, et 2% se sont identifiés à un genre autre (voir Tableau 2.1).

Levels	Counts	% of total	Cumulative
Autre	5	2.1%	2.1%
Femme	203	83.9%	86%
Homme	34	14%	100%

Tableau 2.1 : Fréquences genre

Concernant le niveau d'études, 36% détenaient un Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur (CESS) et 34.7% un diplôme universitaire de Bachelier (voir Tableau 2.2). Par ailleurs, 82.6% des répondants étaient étudiants et 15.3% occupaient un emploi salarié (voir Tableau 2.3).

Levels	Counts	% of total	Cumulative
Autre	4	1.7%	1.7%
BAC	84	34.7%	36.4%
CEB	10	4.1%	40.5%
CESS	87	36%	76.4%
HE	28	11.6%	88%
Maser	29	12%	100%

Tableau 2.2 : Fréquences études

Levels	Counts	% of total	Cumulative
Étudiant	200	82.6%	82.6%
Indépendant	1	0.4%	83.1%
Ni étudiant ni travailleur	4	1.7%	84.7%
Salarié	37	15.3%	100%

Tableau 2.3 : Fréquences statut socio-économique

En ce qui concerne les habitudes de consommation, 48.8% déclaraient consommer de l'alcool occasionnellement, 19.4% une fois par semaine, 17.8% jamais, et 12.8% deux à trois fois par semaine (voir Tableau 2.5). Pour le tabac, 80% ne fumaient pas, 10% fumaient quotidiennement et 9.5% occasionnellement (voir Tableau 2.6). Enfin, s'agissant de la consommation de drogues illicites, 90.5% n'en avaient jamais consommé, 7.9% en consommaient occasionnellement et 1.7% quotidiennement (voir Tableau 2.7).

Levels	Counts	% of total	Cumulative
2-3 fois/sem	31	12.8%	12.8%
Jamais	43	17.8%	30.6%
Occasionnellement	118	48.8%	79.3%
Plus de 5 fois/sem	2	0.8%	80.2%
4-5 fois/sem	1	0.4%	80.6%
Une fois/sem	47	19.4%	100%

Tableau 2.5 : Fréquences consommation alcool

Levels	Counts	% of total	Cumulative
Jamais	194	80.2%	80.2%
Occasionnellement	23	9.5%	89.7%
Quotidiennement	25	10.3%	100%

Tableau 2.6 : Fréquences consommation tabac

Levels	Counts	% of total	Cumulative
Jamais	219	90.5%	90.5%
Occasionnellement	19	7.9%	98.3%
Quotidiennement	4	1.7%	100%

Tableau 2.7 : Fréquences consommation drogues illicites

2. Analyses liées à la question de recherche

Pour chaque variable, le test statistique le plus approprié a été fait. C'est-à-dire que si les conditions de normalité (test de Shapiro-Wilk) et d'homogénéité des variances (test de Levene) étaient respectées, nous avons utilisé des ANOVA et des corrélations de Pearson. Le cas échéant, nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis et des corrélations de Spearman.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Lorsque des données étaient manquantes, nous les avons automatiquement exclues. Les données incohérentes ou jugées extrêmes ont également été retirées de l'échantillon afin de ne pas biaiser les résultats.

2.1 Test de l'hypothèse principale

Afin de tester notre hypothèse principale, selon laquelle les individus ayant subi de la maltraitance psychologique dans leur enfance auront une estime de soi plus basse entre 18 et 25 ans que ceux ayant subi d'autres types de maltraitance, nous avons tout d'abord envisagé de recourir à une analyse de variance (ANOVA). Toutefois, l'examen des statistiques descriptives a révélé une forte disparité dans la répartition des participants dans certaines catégories, rendant l'interprétation ANOVA moins fiable pour notre échantillon. Par conséquent, nous avons choisi d'effectuer des corrélations de Spearman entre les scores obtenus aux 5 sous-échelles du Childhood Trauma Questionnaire – Short Version (CTQ-SV) (abus physique, abus psychologique, abus sexuel, négligence physique, et négligence émotionnelle, la sous-échelle de minimisation/déni du CTQ-SV, et les scores de l'estime de soi, issus de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSE), plutôt que leurs classifications catégorielles.

Le Tableau 3bis présente la matrice de corrélations entre les types de maltraitance évalués par le CTQ et l'estime de soi mesurée par l'échelle de Rosenberg. Des corrélations négatives significatives ont été observées pour l'abus psychologique ($r = -0.254$; $p = .001$), la négligence physique ($r = -0.249$; $p = .002$) et la négligence émotionnelle ($r = -0.272$; $p < 0.001$), ainsi que l'abus physique ($r = -0.196$; $p = .014$). Ces résultats indiquent que plus les scores à ces formes de maltraitance sont élevés, plus les scores d'estime de soi sont faibles. L'abus sexuel, en revanche, ne présente pas de corrélation significative avec l'estime de soi ($r = -0.063$; $p = .438$).

Par ailleurs, nous avons observé une corrélation positive significative entre l'estime de soi et la sous-échelle de déni du CTQ-SV ($r = 0.218$; $p = .007$). Ce résultat suggère que les individus ayant tendance à minimiser ou nier les expériences de maltraitance rapportées obtiennent des scores plus élevés à l'échelle d'estime de soi.

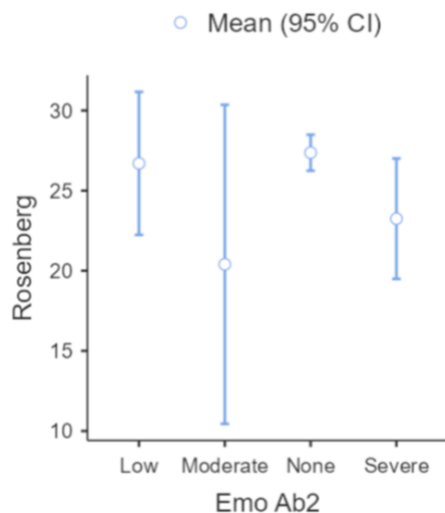
	Phys. Ab.	Psycho. Ab.	Sex. Ab.	Phys. Neg.	Emo. Neg.	Min. / Den.
Spearman's rho	-0.196*	-0.254**	-0.063	-0.249**	-0.272	0.218**
P-value	.014	.001	.438	.002	< .001	.007

Tableau 3bis : Résumé matrice de corrélations CTQ-SV & RSE

Note : ($p < .05$ *) ($p < .01$ **) ($p < .001$ ***)

Il semble pertinent de noter que les scores bas aux sous-échelles du CTQ-SV correspondent généralement à une absence de maltraitance rapportée.

Bien que les ANOVA aient été écartées comme méthode principale d'analyse, nous avons tout de même exploré les moyennes d'estime de soi en fonction des niveaux de gravité des différents types de maltraitance (tels que définis par le CTQ-SV), à titre descriptif. Effectivement, les déséquilibres dans notre échantillon ne permettent pas de démontrer ces résultats, mais nous indiquent une tendance. Il convient donc d'être prudent quant à leur interprétation, d'autant plus que l'erreur de mesure est élevée. Concernant l'abus psychologique, on constate que les individus ayant rapporté un abus psychologique modéré présentent une moyenne d'estime de soi inférieure aux autres catégories (voir Graphique 2). Cependant, l'erreur de mesure est importante, limitant toute interprétation ferme. Malgré cela, une tendance générale se dessine : les participants ayant subi de la maltraitance psychologique tendent à présenter une estime de soi plus faible que ceux n'en ayant pas subi.



Graphique 2 : Moyennes abus psychologique/estime de soi

Ces résultats vont dans le sens de notre hypothèse selon laquelle l'abus psychologique serait associé à une estime de soi plus basse dans la tranche d'âge de 18 à 25 ans. Toutefois, il est essentiel de rappeler que notre étude est de type quasi-expérimental, et repose sur des analyses corrélationnelles. Par conséquent, les analyses statistiques réalisées, bien que significatives pour certaines variables, ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer définitivement l'hypothèse, et d'en traduire une quelconque relation de causalité. Elles relèvent cependant l'existence d'un lien négatif robuste entre maltraitance psychologique et estime de soi.

2.2 Test de la première hypothèse complémentaire

Notre première hypothèse complémentaire était que les individus ayant subi de la maltraitance durant leur enfance ont une estime d'eux-mêmes plus faible entre 18 et 25 ans. Afin de vérifier le lien entre l'estime de soi et le score total de maltraitance, nous avons réalisé une corrélation. Étant donné que la normalité n'était pas respectée, nous avons opté pour la corrélation de Spearman. Le coefficient obtenu vaut -0.261 avec une probabilité de .001, inférieure à .05. Nous pouvons donc conclure à un lien significatif entre l'estime de soi et le score de maltraitance total, indiquant que des scores élevés de maltraitance sont associés à une estime de soi plus faible.

2.3 Test de la deuxième hypothèse complémentaire

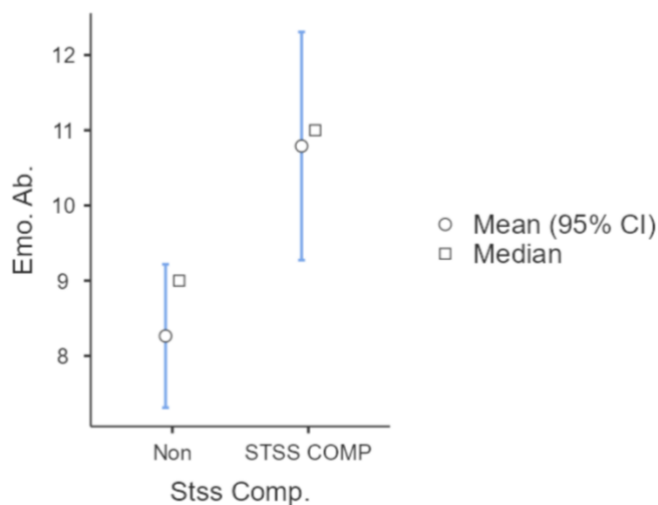
Nous avons également émis l'hypothèse que les personnes ayant subi plusieurs types de maltraitance durant leur enfance sont plus susceptibles d'avoir une estime de soi plus basse que ceux ayant vécu un seul type de maltraitance. Afin de comparer l'estime de soi entre les sujets ayant eu plusieurs types de maltraitance ou un seul, nous avons réalisé un test t de Student pour échantillons indépendants. Les résultats nous montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($t = 1.178$; $p = .246$).

2.4 Test de la troisième hypothèse complémentaire

Notre troisième hypothèse complémentaire était la suivante : Les enfants ayant vécu de la maltraitance psychologique en combinaison avec d'autres types de maltraitance sont plus susceptibles de développer un trauma complexe que les individus ayant subi d'autres types de maltraitance sans abus psychologique. Cependant, en raison de la distribution déséquilibrée des types de maltraitance, ainsi que du nombre beaucoup plus élevé des personnes présentant un trauma complexe que celles n'en présentant pas dans notre échantillon, nous n'avons pas pu réaliser d'analyses inférentielles robustes. Nous avons donc opté pour une approche descriptive, en comparant les moyennes de scores au CTQ-SV et de l'International Trauma Questionnaire (ITQ) selon les types de maltraitance rapportés.

Lorsqu'on examine les individus ayant subi un seul type de maltraitance à la fois (comparaisons « un à un »), on observe qu'une proportion plus importante présente un score élevé de trauma complexe. Nous pouvons notamment voir que la maltraitance psychologique apparaît associée à des scores moyens de TSPT-C plus élevés.

Étant donné que nous n'avons pas testé statistiquement l'effet d'interaction au vu de notre échantillon, nous ne pouvons pas affirmer que les résultats obtenus sont statistiquement significatifs ou dus au hasard. Cependant, les moyennes descriptives semblent indiquer que les participants ont subi de la maltraitance, les scores de trauma complexe semblent plus élevés (voir Graphique 6).



Graphique 6 : Moyenne abus psychologique/TSPT-C

2.5 Test de l'hypothèse exploratoire

Nous avons également formulé une hypothèse exploratoire afin d'explorer la répartition des types d'attachement chez les individus ayant subi de la maltraitance psychologique (évaluée à l'aide de la CTQ). Nous avons finalement privilégié une analyse dimensionnelle de l'attachement, centrée sur les dimensions d'anxiété et d'évitement. Cette décision repose sur le fait que la taille de notre échantillon était insuffisante pour une utilisation optimale du test khi carré permettant de répondre à cette hypothèse. De plus, l'auteur de l'échelle utilisée, l'Experiences in Close Relationships Scale (ECR), recommande de privilégier une approche dimensionnelle, bien que son outil permette de catégoriser les différents types d'attachement. Une description des types d'attachement catégoriels a néanmoins pu être élaborée à titre informatif.

Concernant la dimension de l'évitement de l'attachement, une matrice de corrélation a été établie. Nous pouvons observer qu'il n'apparaît pas que la maltraitance psychologique soit corrélée avec l'évitement de l'attachement ($r = 0.053$; $p = .524$). De même, nous n'obtenons pas de corrélation significative entre la négligence émotionnelle et l'évitement de l'attachement ($r = 0.143$, $p = .086$). Cependant, il est intéressant de noter que les résultats indiquent une corrélation négative significative entre l'évitement et la sous-échelle de déni ($r = -0.224$; $p = .007$). Cette corrélation indique qu'une augmentation des scores à la sous-échelle de déni est associée à une diminution des scores d'évitement de l'attachement (voir Tableau 24bis).

	Phys. Ab.	Emo. Ab.	Sex. Ab.	Phys. Neg.	Emo. Neg.	Min. / Den.
Pearson's r	0.042	0.053	0.046	0.038	0.143	-0.224**
P-value	.618	.524	.579	.651	.086	.007

Tableau 24bis : Résumé matrice de corrélation CTQ-SV / ECR – évitement de l'attachement

Note : * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Au niveau de l'anxiété de l'attachement, nous n'avons pas obtenu de corrélation significative avec la maltraitance psychologique ($r = 0.143$; $p = .086$). Cependant, quatre corrélations significatives ont été relevées dans la matrice obtenue (voir Tableau 24ter). L'anxiété d'attachement présente une corrélation positive significative avec l'abus sexuel ($r = 0.165$; $p = .047$), ce qui traduit que plus les scores obtenus à la sous-échelle d'abus sexuel augmentent, plus les scores en anxiété d'attachement augmentent également. L'anxiété d'attachement est également corrélée positivement avec la négligence émotionnelle ($r = 0.234$; $p = .005$), ce qui suggère que plus les scores à la sous-échelle de négligence émotionnelle augmentent, plus les scores en anxiété d'attachement augmentent également.

De plus, l'anxiété d'attachement est corrélée négativement avec la sous-échelle de déni ($r = -0.328$; $p < .001$). C'est-à-dire que plus les scores à la sous-échelle de déni augmentent, plus les scores à la sous-échelle d'attachement diminuent. De surcroît, l'anxiété d'attachement apparaît corrélée avec l'évitement de l'attachement ($r = 0.326$; $p > .001$). Cela signifie que plus les scores en anxiété d'attachement augmentent, plus ceux en évitement de l'attachement augmentent également.

	Phys. Ab.	Emo. Ab.	Sex. Ab.	Phys. Neg.	Emo. Neg.	Min. / Den.	Evit.
Pearson's r	0.109	0.143	0.165*	0.030	0.234**	-0.328***	0.326***
P-value	.192	.086	.047	.724	.005	< .001	< .001

Tableau 24ter : Résumé matrice de corrélation CTQ-SV / ECR – anxiété d'attachement

Note : * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p > .001$

Enfin, une analyse descriptive des 4 types d'attachement (sécure, évitant, anxieux, et désorganisé) a été menée à partir d'une table de contingence croisant les types d'attachement et les scores de maltraitance psychologique. Il ressort qu'aucun participant ne figure dans la catégorie « anxieux mais non évitant », ce qui limite l'interprétation statistique des résultats (voir Tableau 25). De surcroît, les effectifs observés dans les différentes catégories sont trop faibles pour permettre une interprétation statistique fiable.

	Observed Evit.Anx.			
	Evit.Anx.	Evit.NonAnx.	NonEvit.NonAnx.	Tot.
Low	6	1	2	9
Moderate	0	1	3	4
None	48	17	64	129
Severe	1	1	1	3
Tot.	55	20	70	145

Tableau 25 : Table de contingence abus psychologique / évitement d'attachement / anxiété d'attachement

4^{ème} Partie : Discussion

1. Interprétation des résultats

1.1 Hypothèse principale

Conformément à notre hypothèse principale, l'exposition à la maltraitance psychologique durant l'enfance est associée à une estime de soi plus basse à l'âge de 18-25 ans. La corrélation négative et significative obtenue ($r = -0.254$; $p = .001$) suggère qu'une exposition répétée à des comportements de rejet, de dévalorisation ou d'humiliation dans l'enfance est associée à une perception de soi plus négative à l'âge adulte. Cependant, il convient d'être prudent quant à l'interprétation de nos résultats car, comme mentionné précédemment, la nature des données et le manque de puissance statistique de notre étude ne permet pas d'établir un lien de causalité certain.

Ce résultat est en accord avec de nombreuses recherches qui décrivent la faible estime de soi comme l'une des conséquences de la maltraitance psychologique (Cook et al., 2005 ; Kairys & Johnson, 2002). L'abus psychologique, parce qu'il touche directement au vécu émotionnel et à la valeur personnelle, semble avoir un impact insidieux et durable sur le psychisme de l'individu. Cette influence peut notamment s'expliquer par une perturbation précoce du lien d'attachement, via la formation et l'intériorisation de modèles cognitifs négatifs de soi et d'autrui (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Fournier et al., 2019). Aussi, les messages répétés de rejet ou de dévalorisation peuvent être intériorisés sous forme de croyances, qui risquent de fragiliser le sentiment de valeur personnelle (Luke et al., 2004 ; Bylsma et al., 1997).

Il convient également de souligner qu'un résultat saillant de notre étude est une corrélation positive significative entre l'estime de soi et la tendance à la minimisation et au déni ($r = 0.218$; $p = .007$). En d'autres termes, plus l'estime de soi est élevée, plus les individus semblent enclins à nier ou à minimiser certains éléments. Ce constat nous a conduit à nous interroger sur la nature de cette relation, ainsi que sur les facteurs susceptibles de l'expliquer. Une première piste de réflexion concerne la stabilité de l'estime de soi chez ces participants. Serait-il possible que des scores élevés à l'échelle d'estime de soi, associés à une propension marquée au déni, traduisent une estime de soi élevée en apparence, mais caractérisée par une instabilité sous-jacente ? Aussi, cette évaluation pourrait ne pas refléter une confiance en soi authentique, mais peut-être un processus défensif visant à dissimuler une fragilité interne.

À cet égard, Zeigler-Hill et al. (2008) soulignent que les individus présentant une estime de soi instable vivent dans une vigilance constante vis-à-vis des menaces potentielles à leur image personnelle, ce qui les rend particulièrement vulnérables face aux adversités. Cette instabilité pourrait s'accompagner du recours à divers mécanismes de défense, tels que le clivage, l'idéalisation ou le déni. Ces processus peuvent traduire une perception dichotomique de soi et d'autrui, oscillant entre des représentations idéalisées et dévalorisées, et pourraient contribuer au maintien artificiel d'une image de soi positive (Chen et al., 2024 ; Zeigler-Hill et al., 2008). Par exemple, une estime de soi élevée mais fragile pourrait constituer un moyen de se protéger contre des sentiments de honte, en dissimulant la vulnérabilité réelle de l'image de soi et d'impact des événements potentiellement traumatiques vécus sur leur bien-être (Chen et al., 2024 ; Downey & Crummy, 2022).

Par ailleurs, un résultat secondaire, non anticipé dans nos hypothèses initiales, mérite d'être relevé : aucune corrélation significative n'a été observée entre l'estime de soi et la maltraitance sexuelle, ce qui nous a interpellés ($r = -0.063$; $p = .438$). La littérature scientifique rapporte le plus souvent une association significative entre l'abus sexuel et l'estime de soi (Kim et al., 2017), même si certaines études ne confirment pas ce lien (Chen et al., 2024). Cependant, cette divergence pourrait s'expliquer par la faible puissance statistique de notre étude .

1.2 Hypothèse complémentaire 1

Notre première hypothèse complémentaire postulait que les individus ayant subi de la maltraitance durant leur enfance ont une estime d'eux-mêmes plus faible entre 18 et 25 ans. Nos résultats confirment l'existence d'un lien statistiquement significatif et négatif entre le score total de maltraitance vécue durant l'enfance et l'estime de soi ($r = -0.261$; $p = .001$). Ainsi, plus les scores à l'échelle de maltraitance augmentent, plus les scores à l'échelle d'estime de soi diminuent. Cette association statistique s'inscrit dans un cadre théorique bien établi par la littérature scientifique, qui souligne que les expériences précoces d'abus ou de négligence peuvent fragiliser l'estime de soi (Cicchetti & Kim, 2004 ; Islam et al., 2022 ; Sachs-Ericsson et al., 2010 ; Zhang et al., 2023).

Néanmoins, la méthodologie et la puissance statistique de notre étude ne permettent pas d'établir un lien de causalité. Bien que la chronologie suggère que la maltraitance précède la diminution de l'estime de soi, d'autres variables confondantes peuvent expliquer ou moduler cette relation. À titre d'exemple, le trouble de personnalité borderline pourrait intervenir en tant que médiateur dans cette dynamique. En effet, dans un contexte de maltraitance infantile, les figures parentales peuvent renvoyer à l'enfant une image de soi instable ou déformée, qui peut également être associée à des comportements parentaux imprévisibles. Cette dynamique peut amener l'enfant à se sentir perdu et à se percevoir comme responsable des événements négatifs qui surviennent. Ces expériences précoces sont fréquemment observées chez les personnes présentant un trouble de personnalité borderline, caractérisé notamment par une estime de soi précaire et fortement dépendante du regard d'autrui (Desseilles et al., 2014).

1.3 Hypothèse complémentaire 2

Contrairement à notre deuxième hypothèse complémentaire, les analyses réalisées n'ont pas mis en évidence de différence statistiquement significative d'estime de soi entre les participants ayant rapporté plusieurs formes de maltraitance durant leur enfance et ceux n'en ayant vécu qu'une seule ($t = 1.178$; $p = .246$). Autrement dit, dans notre échantillon, la multiplicité des formes de maltraitance ne s'accompagne pas nécessairement d'une diminution plus marquée de l'estime de soi à l'âge adulte. Ce résultat diverge de certaines études mettant en évidence un effet cumulatif des maltraitements multiples, considéré comme plus délétère qu'un type isolé (Boxer & Terranova, 2008 ; Finkelhor et al., 2017). Toutefois, la littérature semble rester hétérogène à ce sujet, certains auteurs ne retrouvant pas d'effet significatif ou observant des différences en fonction des dimensions étudiées (Finkelhor et al., 2017).

Cependant, nos résultats doivent être interprétés avec prudence en raison des limites méthodologiques de notre étude, en particulier la taille relativement restreinte de notre échantillon. Elle peut également traduire l'influence d'autres variables médiatrices ou modératrices. Parmi celles-ci, la résilience constitue un facteur de protection pouvant atténuer l'impact négatif de la maltraitance sur l'estime de soi (Afifi & MacMillan, 2011 ; Finkelhor et al., 2017). Des ressources personnelles (comme des stratégies de régulation émotionnelle efficaces) et sociales (comme la présence d'un membre de la famille soutenant) peuvent en partie compenser les effets délétères de l'exposition à un ou plusieurs types de maltraitance (Afifi & MacMillan, 2011).

Par ailleurs, nos résultats sont cohérents avec l'idée qu'un seul type de maltraitance constitue déjà une expérience potentiellement traumatisante, susceptible de provoquer de nombreux effets délétères. Ainsi, l'effet cumulatif n'est peut-être pas marqué dans tous les contextes. De plus, les formes de maltraitements sont rarement observées de manière totalement isolée (Finkelhor et al., 2011 ; Higgins et al., 2023 ; Leeb et al., 2008). Enfin, certains auteurs soulignent l'importance de prendre en compte, dans les analyses statistiques, la simultanéité des différents types de maltraitance, dans le but d'éviter de surestimer l'impact attribué à un seul type isolé. Reconnaître cette pluralité d'événements potentiellement traumatiques permettrait également de mieux orienter les stratégies de dépistage et de prévention (Higgins et al., 2023).

1.4 Hypothèse complémentaire 3

Notre troisième hypothèse complémentaire postulait que les enfants ayant vécu de la maltraitance psychologique en combinaison avec d'autres types de maltraitance sont plus susceptibles de développer un trauma complexe que les individus ayant subi d'autres types de maltraitance sans abus psychologique. Les analyses inférentielles n'ayant pas pu être réalisées de manière fiable en raison de la distribution déséquilibrée des catégories et du faible nombre de participants sans TSPT-C, nous avons privilégié une approche descriptive. L'examen des moyennes descriptives suggère néanmoins une tendance : les participants rapportant de la maltraitance psychologique, seule ou combinée, présentent en moyenne des scores plus élevés en TSPT-C.

Ces observations, bien que non significatives sur le plan statistique, concordent avec la littérature scientifique constatant l'influence de la maltraitance sur le trouble de stress post-traumatique (Brewin, 2020 ; OMS, 2024 ; Wolf & Elklit, 2020). De plus, ces résultats s'accordent avec la littérature qui souligne l'impact particulièrement délétère de la maltraitance psychologique sur la régulation émotionnelle (Kairys & Johnson, 2002), l'image de soi (Kairys & Johnson, 2002) et les relations interpersonnelles (Mwakanyamale & Yizhen, 2019). Or, ces dimensions sont centrales dans la définition du trauma complexe.

Nous pouvons à nouveau nous interroger sur la nature de ce lien, et sur les potentielles variables médiatrices intervenant dans cette relation. Par exemple, y aurait-il des facteurs de protection, comme la résilience, le sentiment de soutien social perçu, la pratique sportive, ou des facteurs de risques, comme l'isolement social (Dagan & Yager, 2019) pouvant favoriser le développement du TSPT-C ?

1.5 Hypothèse exploratoire

Nous nous étions également intéressés, à titre exploratoire, à la répartition des différents types d'attachement parmi les individus ayant subi de la maltraitance psychologique. En ce qui concerne la dimension de l'évitement de l'attachement, aucune corrélation significative n'a été observée avec la maltraitance psychologique ($r = 0.053$; $p = .524$). Ce résultat semble contradictoire avec la littérature scientifique. En effet, les individus ayant une dimension de l'évitement de l'attachement plus élevée se sont plus généralement développés dans le rejet (Erozkan, 2016 ; Tereno et al., 2007), l'humiliation, le désintérêt affectif (Benoit, 2004). Cependant, nous rappelons que l'interprétation des résultats obtenus est limitée en raison de la puissance statistique de notre étude.

Néanmoins, nous avons obtenu une corrélation négative significative entre l'évitement de l'attachement et le déni ($r = -0.224$; $p = .007$), suggérant qu'une tendance plus marquée à minimiser ou nier la maltraitance vécue est associée à des scores plus faibles d'évitement de l'attachement. Cependant, ce résultat semble contradictoire avec ce que nous pourrions imaginer. En effet, les individus ayant des scores élevés à l'évitement de l'attachement ont tendance à éviter les liens profonds, ses émotions ainsi que celles des autres (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015 ; Delage, 2013 ; Riva Crugnola et al., 2011). Et bien que certaines études ne parviennent pas à répliquer ces résultats, notamment au vu de leur puissance statistique, il semble établi dans la littérature que l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelles telles que la répression des émotions est associée à l'évitement de l'attachement. Par exemple, il peut s'agir d'individus qui tendent à minimiser leur anxiété par rapport à ce qu'ils ressentent réellement (Benoit, 2006).

Outre le faible échantillon de notre étude, se pourrait-il que ces résultats soient expliqués par une forme de relativisation ? Autrement dit, est-ce que les individus de notre échantillon ayant vécu de la maltraitance et développé un évitement de l'attachement plus marqué pourraient moins atténuer ce qu'ils ont vécu pour expliquer leurs difficultés actuelles ? Cela pourrait être en lien avec une estime de soi plus fragile, nécessitant d'être rassuré quant à ses manquements qui peuvent affecter plus profondément une estime de soi instable.

De même que pour l'évitement de l'attachement, aucune corrélation significative n'est apparue entre la maltraitance psychologique et l'anxiété d'attachement ($r = 0.143$; $p = .086$). Ce qui nous a semblé surprenant en raison de la nature de l'attachement anxieux, souvent retrouvé chez les individus n'ayant pas eu de réponse constante à leurs besoins durant l'enfance (Erozkan, 2016). Cependant, elle est apparue significativement corrélée avec la négligence émotionnelle ($r = 0.234$; $p = .005$). Aussi, il paraît pertinent de noter que nous avons également obtenu une corrélation significative entre l'anxiété d'attachement et l'abus sexuel ($r = 0.165$; $p = .047$), ce qui apparaît cohérent avec la littérature consultée (Shahab et al., 2025), qui indique une association statistique entre ces deux variables. De même, il est intéressant de constater que l'anxiété d'attachement est apparue significativement corrélée avec la minimisation et le déni ($r = -0.326$; $p < .001$), ainsi qu'avec l'évitement de l'attachement ($r = 0.326$; $p < .001$). Ces résultats nous ont paru interpellants, et ont suscités plusieurs questionnements. En effet, ils indiqueraient que de hauts scores à l'échelle d'évitement de l'attachement seraient associés à une plus faible tendance à la minimisation et au déni. Pourrait-on voir le déni et la minimisation comme un mécanisme de défense pouvant « protéger » l'individu d'un attachement insécure de type plus anxieux ? Ainsi, les personnes ayant un attachement plus sécurisé seraient peut-être plus susceptibles de recourir au déni et à la minimisation comme stratégie de coping.

Plus largement, nous pourrions nous questionner sur les explications potentielles du fait que la dimension anxiété d'attachement semble plus fortement liée aux épisodes de maltraitance vécus durant l'enfance que la dimension évitement. Un autre point d'interrogation est le fait que l'anxiété d'attachement ait été présente seule et conjointe à l'évitement de l'attachement, mais pas l'inverse.

2. Forces et limites de l'étude

Une des principales forces de notre étude réside dans le choix de la tranche d'âge ciblée, à savoir les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans. Cette période constitue une phase charnière du développement, marquée par des remaniements identitaires, relationnels et émotionnels significatifs, tant sur le plan individuel que familial (Arnett, 2000). Malgré cela, cette tranche d'âge semble relativement peu ciblée dans la littérature. Un autre intérêt concerne l'attention portée à une forme spécifique de maltraitance : l'abus psychologique. Bien que cette forme de violence soit davantage reconnue dans les sphères sociales et scientifiques, ses conséquences psychiques semblent demeurer relativement peu étudiées. De surcroît, l'abus psychologique semble majoritairement investigué dans le cadre de la violence conjugale.

Par ailleurs, ce mémoire a été conçu d'une façon qui se veut la plus intégrative possible, en mobilisant des apports issus de divers courants théoriques (par exemple systémique), ainsi que des recherches en neurosciences, afin d'enrichir la compréhension des phénomènes étudiés.

Cependant, ce mémoire comporte plusieurs limites méthodologiques. La première concerne la taille de l'échantillon (de 138 participants), en deçà des prévisions initiales (nous avions espéré un échantillon de 200 participants), ainsi que le taux d'abandon en cours de passation. La taille trop peu élevée de notre échantillon a limité la puissance statistique de notre étude, et a entravé l'usage des analyses statistiques initialement prévues. En effet, les effectifs dans les sous-catégories se sont révélés insuffisants et trop hétérogènes pour permettre l'interprétation de tests comme les ANOVA. Aussi, un nombre non négligeable de participants a interrompu le questionnaire en cours de passation (825 participants ont commencé à compléter le questionnaire sans le terminer). La majorité a cessé de répondre à l'International Trauma Questionnaire, soulevant des interrogations quant à la longueur de l'étude, la nature des items, ou encore le positionnement d'une question ouverte à ce stade.

Le recrutement des participants pourrait potentiellement avoir introduit un biais d'auto-sélection. Le titre explicite de l'étude, ainsi que la thématique abordée, ont peut-être pu inciter certaines personnes se sentant particulièrement concernées (par exemple en raison d'expériences de maltraitance et/ou d'une faible estime de soi) à participer. À contrario, d'autres ont pu ne pas se sentir concernés par le sujet, ou estimer que leur participation n'était pas pertinente au vu de la thématique proposée.

Sur le plan des outils psychométriques, certaines limites doivent également être soulignées. L'Experiences in Close Relationships Scale (ECR), bien que largement utilisée dans la littérature afin d'évaluer l'attachement à l'âge adulte, s'inscrit davantage dans une approche dimensionnelle que catégorielle, alors que l'hypothèse concernée se concentrait sur une approche par catégories. De plus, son orientation vers les relations de couple peut ne pas refléter directement les liens d'attachement aux figures parentales. Or, cela aurait été intéressant étant donné qu'on s'intéressait à la maltraitance exercée par les figures d'attachement primaires. De plus, sa longueur (36 items) pourrait avoir contribué à la fatigue des participants (ce qui peut diminuer l'attention portée aux réponses) et contraster avec la longueur des autres échelles utilisées.

Aussi, l'ensemble des instruments utilisés reposait sur des mesures auto-rapportées. Ce mode de recueil est susceptible d'introduire plusieurs biais, comme le biais de désirabilité sociale, le biais de confirmation (notamment lié à la thématique explicitement formulée), ou encore le biais rétrospectif. En effet, les événements rapportés étant majoritairement survenus durant l'enfance, les souvenirs peuvent être reconstruits ou influencés par la dynamique relationnelle actuelle avec les figures parentales. Nous pouvons faire l'hypothèse que certains participants aient minimisé leurs expériences en raison de sentiments de loyauté, de culpabilité, ou d'un éloignement émotionnel lié au temps écoulé.

D'autre part, la nature quasi-expérimentale de notre étude ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les variables investiguées. De potentielles variables confondantes pourraient influencer les résultats obtenus, comme les capacités de mentalisation (Martin-Gagnon et al., 2023) ou encore les stratégies de régulation émotionnelle (Park et al., 2024).

3. Implications cliniques et perspectives de recherche

La mise en perspective des résultats de notre étude avec les données issues de la littérature nous a conduit à envisager la pertinence de différentes approches cliniques. Tout d'abord, les recherches dans le domaine des neurosciences, mettant en évidence la flexibilité neuronale, suggèrent que l'évolution thérapeutique de l'estime de soi est possible (Diniz & Crestani, 2022 ; Sandbrink & Summerfield, 2024). En effet, malgré des expériences de vie difficiles susceptibles d'avoir engendré de nombreuses conséquences néfastes pour l'individu, un suivi psychothérapeutique ciblé pourrait favoriser une amélioration de l'évaluation de soi. Cela peut notamment passer par un travail sur la revalorisation personnelle, la reconnaissance de sa propre valeur, ou encore l'apprentissage de stratégies permettant de se considérer au même niveau que les autres.

De surcroît, le caractère malléable du développement cérébral soutient l'idée selon laquelle un travail psychologique, complété par de nouvelles expériences relationnelles sécurisantes, peut contribuer à la reconstruction d'un attachement sécurisé. En effet, les modèles internes opérants, bien que relativement stables, demeurent flexibles tout au long de la vie (Delage, 2013 ; Fournier et al., 2019). Ainsi, en tant qu'intervenant, offrir de nouvelles bases sécurisantes pourrait constituer une piste clinique intéressante, et le type d'attachement du patient mériterait d'être pris en compte dans notre intervention. Par exemple, face à un patient avec un type d'attachement désorganisé, il pourrait être pertinent d'adopter une attitude constante et prévisible, tout en restant attentif aux enjeux éthiques liés à l'adaptation du comportement du thérapeute en fonction du type d'attachement du patient. Une question centrale se pose alors : jusqu'à quel point peut-on moduler son approche tout en respectant les principes éthiques de respect de la dignité de la personne et de l'intégrité ?

Aussi, compte tenu du rôle protecteur de l'entourage (Afifi & MacMillan, 2011), le renforcement du réseau social apparaît comme un facteur essentiel de soutien à l'individu et de promotion de sa résilience face aux expériences traumatiques.

Compte tenu de la prévalence de la maltraitance infantile, il semble également pertinent d'envisager des interventions précoces en contexte scolaire. Celles-ci pourraient inclure des ateliers de psychoéducation et de prévention sur des sujets comme la maltraitance, l'estime de soi, ou encore la régulation émotionnelle. En effet, informer et sensibiliser les enfants, ainsi que les enseignants, aux mécanismes de maltraitance, à ses impacts, et aux stratégies pour faire face à ses conséquences, de manière adaptée à leur âge, pourrait permettre de prévenir la reproduction de comportements maltraitants. Parallèlement, ces interventions pourraient également avoir une visée de détection précoce, permettant une éventuelle prise en charge individuelle en amont. Cela pourrait permettre d'enrayer le cercle vicieux engendré par la maltraitance.

Dans l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle de la maltraitance, et plus largement de certains traumatismes et modes de fonctionnement psychiques, nous pouvons également supposer que l'intervention précoce au sujet de ces thématiques pourrait être bénéfique. En effet, ces enfants sont de potentiels futurs parents, et leur permettre d'être mieux outillés pour faire face aux conséquences de la maltraitance pourrait diminuer son impact, et par extension sa reproduction.

Concernant les perspectives de recherches futures, il serait pertinent de poursuivre la réalisation d'études similaires en mobilisant un échantillon plus large et mieux distribué entre les différentes catégories. Cela permettrait d'augmenter la puissance statistique des analyses et de réaliser des tests statistiques plus robustes et adaptés. De plus, une présentation légèrement moins transparente du sujet de recherche pourrait contribuer à réduire certains biais, tels que les biais de sélection ou de confirmation.

Il serait également pertinent de poursuivre les recherches sur l'effet combiné de plusieurs types de maltraitance sur l'estime de soi. Les résultats disponibles restent à ce jour contradictoires (Boxer & Terranova, 2008 ; Finkelhor et al., 2017), ce qui justifie un examen plus approfondi de la manière dont l'exposition simultanée à différents types d'abus peut exacerber les conséquences sur l'image de soi. Par ailleurs, une exploration plus fine des liens entre types spécifiques de maltraitance et profils d'attachement pourrait apporter des informations précieuses, notamment en ce qui concerne la négligence émotionnelle, qui semble moins étudiée que d'autres formes d'abus.

D'autres recherches pourraient également se concentrer sur les mécanismes par lesquels la maltraitance influence l'estime de soi, en poursuivant notamment l'examen de ses effets neurologiques et hormonaux. Aussi, la poursuite des travaux sur l'influence de facteurs relationnels à l'âge adulte, tels que les partenaires amoureux ultérieurs, constitue également un champ de recherche pertinent. En effet, la littérature a bien établi que la maltraitance peut perturber le développement de l'attachement (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Pederson & Moran, 1996). Cependant, peu d'études semblent explorer comment ces effets peuvent varier en fonction du genre ou de l'orientation sexuelle. Mieux comprendre ces dynamiques permettrait peut-être d'affiner la prévention et l'accompagnement thérapeutique des individus ayant vécu des expériences de maltraitance.

Conclusion

Ce mémoire visait à explorer les liens entre la maltraitance infantile, principalement psychologique, le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C), l'estime de soi et l'attachement chez de jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans. Nos hypothèses principales supposaient que la maltraitance psychologique serait négativement associée à l'estime de soi, et que ce lien pourrait être médié par le TSPT-C et le type d'attachement.

Les résultats obtenus confirment partiellement ces hypothèses et mettent en évidence la complexité des interactions entre ces variables. La maltraitance infantile, en particulier psychologique, apparaît fortement liée à une faible estime de soi. Aussi, les participants ayant subi de la maltraitance présentent des scores plus élevés au questionnaire de TSPT-C. En revanche, l'hypothèse selon laquelle la co-occurrence de plusieurs types de maltraitements entraînerait une estime de soi encore plus faible n'a pas été confirmée. Bien que le rôle du déni n'ait pas été initialement envisagé dans nos hypothèses, il semble pertinent de mentionner que les scores à la sous-échelle de minimisation et de déni se révèlent négativement corrélés à l'estime de soi, ainsi qu'à l'anxiété et à l'évitement de l'attachement. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille limitée de l'échantillon, mais ils soulignent la complexité des liens entre expériences traumatiques précoces et développement psychologique, ainsi que l'impact durable de la maltraitance psychologique.

Sur le plan clinique, ces résultats soulignent l'importance d'adopter une approche globale, prenant en compte non seulement la symptomatologie telle que le TSPT-C ou une estime de soi plus faible, mais également le fonctionnement relationnel de l'individu. Ainsi, orienter les interventions vers le renforcement de l'estime de soi et le développement de modèles relationnels sécurisés apparaît comme une piste clinique prometteuse pour favoriser le bien-être et la résilience des patients.

En définitive, ce mémoire met en lumière l'impact durable de la maltraitance psychologique sur le développement psychologique et relationnel, la complexité de ses effets et l'importance d'une vision clinique large et intégrative.

Bibliographie

- Acar, I. H., Avcılar, G., Yazıcı, G. et al. (2020). The roles of adolescents' emotional problems and social media addiction on their self-esteem. *Current Psychology*, 41(10), 6838–6847. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01174-5>
- Aebi, J. A., & Orth, U. (2025). Low self-esteem as a risk factor for depression : A longitudinal study with continuous time modeling. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/pspp0000560>
- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following Child Maltreatment : A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 56(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation : Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Akenssious, M., Taoubane, F., Mouachi, S., Aabbassi, B., Adali, I., & Manoudi, F. (2024). Maltraitance infantile : Enter culture et éducation. *International Journal of Advanced Research (IJAR)*, 12(5), 237-238. <https://doi.org/10.21474/IJAR01/18710>
- American Psychiatric Association. (2024). *Mini DSM-5-TR : Critères diagnostiques*. (A. Boehrer, M-A. Crocq, P. Favré, W. Hikmat, Y. Hodé, C. Pull, M-C. Pull & J. Sinzelle). Elsevier Masson. (Original work published 2022).
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- Arnett, J. J., (2000). Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.5.469>
- Baer, J. C., & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment : A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197. <https://doi.org/10.1080/02646830600821231>
- Bardou, E., Oubrayrie-Roussel, N., & Lescarret, O. (2012). Estime de soi et démobilisation scolaire des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(6), 435-440. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.07.003>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61.
- Beck, F. (2016). Quels usagers ? Quelles substances ? *Les drogues illicites en questions*, 95.
- Beaudelot, L., Bullens, Q., Cordier, D., Debluts, D., Dubois, F., Dufromont, P., Dupont, J., Ferrard, N., Fraiteur, J., Guillaume, F., Godeau, I., Heine, A., Hoornaert, F., Humblet, P., Hupper, D., Jadin, P., Magos, V., Meersseman, C., Merzguoui, F,... , Villet, J. (2023). Points de repère pour prévenir la maltraitance. Yapaka.
- Belghiti-Mahut, S., & Drillon, D. (2012). Managers en quête d'estime de soi : de quoi dépendent le sens et la valeur qu'on s'attribue a soi même ? *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, 18(46), 107-122. <https://doi.org/10.3917/rips1.046.0107>
- Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence :

- (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(5), 299-312. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.005>
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment : Definition, types, antécédents, measurement and outcome. *Pediatrics & Child Health*, 9(8), 541-545. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>
- Birnbaum, G., E., Reis, H., T., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex : Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 929-43. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.5.929>. PMID: 17059311
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 121-188. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Block, J. & Robins, R. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child development*, 64(3), 909-932. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02951.x>
- Boxer, P., & Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 637-647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.003>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder : A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145-152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment : Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065-1078. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00087-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00087-8).
- Bylsma, W. H., Cozzarelli, C., & Sumer, N. (1997). Relation Between Adult Attachment Styles and Global Self-Esteem. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(1), 1-16. doi 10.1207/s15324834basp1901_1
- Cailleau, V., Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., & Jaafari, N. (2017). Complices sous influence, initiatrices, « incestigatrices » ou proxénètes... Qui sont les agresseuses sexuelles d'enfants ? *La Presse Médicale*, 46(12, Part 1), 1144-1152. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.08.008>
- Camden, A. A., Petri, J. M., Jackson, B. N., Jeffirs, S. M., & Weathers, F. W. (2023). A psychometric evaluation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a trauma-exposed college sample. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 100305. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100305>
- Chen, X., Dai, B., Li, S., & Liu, L. (2024). Childhood maltreatment, shame, and self-esteem : an exploratory analysis of influencing factors on criminal behavior in juvenile female offenders. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01758-x>

- Chong, D., Qu, D., Xi, Y., & Chen, R. (2024). Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) is uniquely linked to suicidality beyond posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults with childhood maltreatment : A multinational study across four countries. *Social Science & Medicine*, 362. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117406>
- Cicchetti, D., & Kim, J. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother–child relationship quality and maladjustment : The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 341-354. <https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000030289.17006.5a>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States : A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 833-842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloître, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Liautaud, J., Olafson, E., Kagan, R., Mallah, K., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. <https://psycnet.apa.org/doi/10.3928/00485713-20050501-05>
- Dagan, Y., & Yager, J. (2019). Addressing loneliness in complex PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(6), 433-439. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000992>
- Deborde, A.-S., Danner Touati, C., Herrera, L., & Touati A. (2016). Lien entre attachement et estime de soi chez des adolescents placés en famille d'accueil ou en institution : Contribution respective de la mère biologique et de la figure d'attachement secondaire. *L'année psychologique*, 3(116), 391-418.
- Desseilles, M., Grosjean, B., & Perroud, N. (2014). *Manuel du Borderline*. Éditions Eyrolles.
- Delage, M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Odile Jacob.
- Delbrouck, M., Vénara, P., Goulet, F., & Ladouceur, R. (2011). Annexe 14 : Échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1969 ; traduction Chambon. 1992). In *Oxalis* (pp. 397-398).
- Delelis, G., & De Bosscher, S. (2023). Liens entre l'estime de soi et la relation conjugale. *Psychologie Française*, 68(4), 515-529. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.12.002>
- Delelis, G., Kubiak, R., & Doba, K. (2020). Version française de la relationship specific experience in close relationships scale (RS-ECR). *Psychologie Française*, 65(4), 353-363. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.05.002>
- Delhalle, M., Monseur, C., Knüppel, I., & Blavier, A. (2024). Validation of the childhood trauma questionnaire – short form (CTQ-SF) for a french-speaking sample. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(3), 887-898. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00612-x>
- Diniz, C. R. A. F., & Crestani, A. P. (2022). The times they are a-changin' : a proposal on how brain flexibility goes beyond the obvious to include the concepts of “upward” and “downward” to neuroplasticity. *Molecular Psychiatry*, 28(3), 977-992. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01931-x>
- Doidge, J. C., Higgins, D. J., Delfabbro, P., & Segal, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 64, 47-60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.002>

- Doré, C. (2017). L'estime de soi : Analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. doi 10.3917/rsi.129.0018
- Downey, C., & Crummy, A. (2021). The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal Of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
- Drachman, M., & de Becker, E. (2020). La maltraitance infanto-juvénile, parlons-en !
- Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*, 35(2), 96-104. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.09.003>
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22. <http://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- English, D. J. (1998). The Extent and Consequences of Child Maltreatment. *The Future of Children*, 8(1), 39-53. <http://doi.org/10.2307/1602627>
- Erozkan, A. (2016). The Link between Types of Attachment and Childhood Trauma. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1071-1079. <http://doi.org/10.13189/ujer.2016.040517>
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence : A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Falgares, G., Costanzo, G., Manna, G., & Lamis, D.A. (2024). Childhood emotional maltreatment and internalizing problems in a non-clinical sample of adolescents : A moderated-mediation model of insecure anxious attachment style and gender. *Research in Psychotherapy*, 27(2). <http://doi.org/10.4081/ripppo.2024.745>.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization : A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., & Ormrod, R. (s. d.). Polyvictimization : Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. *University Of New Hampshire Scholars Repository*. <https://scholars.unh.edu/ccrc/25>
- Fjermestad, K. W., Orm, S., Fredriksen, T., Haukeland, Y. B., & Vatne, T. M. (2024). Factor Structure of the Experiences in Close Relationships : Relationship Structures Scale (ECR-RS) in Siblings of Children with Chronic Disorders. *Children*, 11(5), 560. <https://doi.org/10.3390/children11050560>
- Fohring, S. (2015). Putting a face on the dark figure : Describing victims who don't report crime. *Nevidljive žrtve*. <https://doi.org/10.2298/TEM1404003F>
- Ford, J.D, & Courtois, C.A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Émotion Dysregulation*, 8(16). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Fourchard, F., & Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.04.005>
- Fournier, S., Terradas, M. M., & Guillemette, R. (2019). Traumas relationnels précoces,

- représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant : Mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 431-451. <https://doi.org/10.3917/psye.622.0431>
- Fréchette, S., Zoratti, M., & Romano, E. (2015). What is the link between corporal punishment and child physical abuse ? *Journal of Family Violence*, 30(2), 135-148. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9663-9>
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2023). The relationship between dissociation and complex post-traumatic stress disorder : A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 2966-2982. <https://doi.org/10.1177/15248380221120835>
- Gama, C. M. F., Portugal, L. C. L., Gonçalves, R. M., de Souza Junior, S., Vilete, L. M. P., Mendlowicz, M. V., Figueira, I., Volchan, E., David, I. A., de Oliveira, L., & Pereira, M. G. (2021). The invisible scars of emotional abuse : A common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC Psychiatry*, 21(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03134-0>
- Georgiva, S., Thomas, J. M., & Navarro-Pérez, J. J. (2021). Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*, 120, 105-223. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105223>
- Gisle, L., Demarest, S., & Drieskens, S. (2019). Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique : Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect : Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, 35(2011), 886-875.
- Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. (2011). *Questions sur le tabagisme à utiliser dans les enquêtes : Sous-ensemble de questions essentielles tirées de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes (GATS)*, 2^e édition. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention.
- Guzman Torres, E., Krause-Utz, A., & Sack, M. (2023). Predictors of complex PTSD : The role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00208-7>
- Hagborg, J. M., Kalin, T., & Gerdner, A. (2022). The Childhood Trauma Questionnaire - Short Form (CTQ-SF) used with adolescents : Methodological report from clinical and community samples. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(4), 1199-1213. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00443-8>
- Hahm, H.C., Lee, Y., Ozonoff, A., & Van Wert, M.J. (2010). The impact of multiple types of child maltreatment on subsequent risk behaviors among women during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth Adolescence*, 39(5), 528-540. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00208-710.1007/s10964-009-9490-0>
- Harris, M. A., & Orth, U. (2020). The link between self-esteem and social relationships : A meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(6), 1459-1477. <https://doi.org/10.1037/pspp0000265>
- Henriksen, I. O., Ranøyen, I., Indredavik, M. S., & Stenseng, F. (2017). The role of self-esteem in the development of psychiatric problems : a three-year prospective study in a clinical

- sample of adolescents. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0207-y>
- Heyman, R. E., Slep, A. M. S., & García-Moreno, C. (2024). Relationship problems and maltreatment. In G. M. Reed, P. L.-J. Ritchie, A. Maercker, & T. J. Rebello (Eds.), *A psychological approach to diagnosis : Using the ICD-11 as a framework* (pp. 385-401).
- Higgins, D. J., Mathews, B., Pacella, R., Scott, J. G., Finkelhor, D., Meinck, F., Erskine, H. E., Thomas, H. J., Lawrence, D. M., Haslam, D. M., Malacova, E., & Dunne, M. P. (2023). The prevalence and nature of multi-type child maltreatment in Australia. *The Medical Journal Of Australia*, 218(S6). <https://doi.org/10.5694/mja2.51868>
- Hindley, N. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment : a systematic review. *Archives Of Disease In Childhood*, 91(9), 744-752. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.085639>
- Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse : Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160. <https://doi.org/10.1023/A:1024906315255>
- Homola, S. Y., & Oros, L. B. (2023). Apego, autoestima y habilidades de autoexpresión social : Un modelo de encadenamiento causal en jóvenes y adolescentes. *Actualidades en Psicología*, 37(134). <https://doi.org/10.15517/ap.v37i134.53536>
- Hopchet, M., Kholti, S., & Vanhelleputte, A. (2017). Effets de la violence interpersonnelle : Trauma complexe, évolution symptomatologique et implications thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(3), 290-293. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.007>.
- Islam, M. J., Broidy, L., Eriksson, L., Rahman, M., & Mazumder, N. (2022). Childhood maltreatment and decision-making autonomy in adulthood : The mediating roles of self-esteem and social support. *Child Abuse & Neglect*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105665>
- Isomaa, R., Väänänen, J.M., Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M. (2012). How low is low ? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior*, 40(4), 392-399. <https://doi.org/10.1177/1090198112445481>
- Jadot, L., & Blavier, A. (2024, 25 avril). *Étude de la prévalence de la maltraitance infantile et des expériences de vie négatives dans une population d'adolescents en Fédération Wallonie-Bruxelles* [Poster presentation]. Santé et éducation à tous les âges de la vie, Liège, Belgique. <https://hdl.handle.net/2268/317224>
- Jannini, T. B., Longo, L., Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk : A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.032>
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- Kashdan, T. B., Uswatte, G., Steger, M. F., & Julian, T. (2006). Fragile self-esteem and affective

- instability in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1609-1619. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.003>.
- Kairys, S. W., & Johnson, C. F. (2002). The psychological maltreatment of children : Technical report. *Pediatrics*, 109(4). <https://doi.org/10.1542/peds.109.4.e68>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bradley, A., Kitchiner, N. J., Jumbe, S., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder : Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 177-185. <https://doi.org/10.1111/bjc.12172>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., & Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample : Implications for treatment. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1192-1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>
- Kerig, P. K. (2021). Introduction to the special issue on posttraumatic stress and suicide. *Journal of Traumatic Stress*, 34(6), 1073-1079. <https://doi.org/10.1002/jts.22776>
- Kim, B., Park, S., & Park, M. (2017). The Relationship of Sexual Abuse with Self-Esteem, Depression, and Problematic Internet Use in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation*, 14(3), 372. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.3.372>
- Krauss, S., Orth, U., & Robins, R. W. (2019). Family environment and self-esteem development : A longitudinal study from age 10 to 16. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(2), 457–478. <https://doi.org/10.1037/pspp0000263>
- Kudagammana, S. T. (2010). Definig and comprehending child abuse at present times : An appraisal. *Sri Lanka Journal of Forensic Medicine, Science & Law*, 1(2).
- Lavergne, C., Turcotte, D., & Damant, D. (2008). Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : Points de vue des intervenants de la protection de la jeunesse. *Criminologie*, 41(2), 247-267. <https://doi.org/10.7202/019439ar>
- Lecigne, A., & Tolve, R. (2010). Normativité et mesure de l'estime de soi. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 39/2, 219-240. <https://doi.org/10.4000/osp.2555>
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements. *Center for Disease Control and Prevention*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11493>
- Li, Y., & Liang, Y. (2023). The effect of childhood trauma on complex posttraumatic stress disorder : The role of self-esteem. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2272478>
- Liu, X., Cao, X., & Gao, W. (2022). Does low self-esteem predict anxiety among chinese college students ? *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 1481-1487. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S361807>
- Luke, M. A., Maio, G. R., & Carnelley, K. B. (2004). Attachment models of the self and others : Relations with self-esteem, humanity-esteem, and parental treatment. *Personnal Relationships*, 11, 281–300.
- Marques, C., Quatremère, G., Andler, R., & Nguyen-Thanh, V. (2023). De nouveaux repères

- de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé. *La santé en action*, 452.
- Martin-Gagnon, G., Normandin, L., Fonagy, P., & Ensink, K. (2023). Adolescent mentalizing and childhood emotional abuse : Implications for depression, anxiety, and borderline personality disorder features. *Frontiers Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1237735>
- Maryse, B. (2006). *Étude du lien entre le degré de sécurité de l'attachement, les stratégies comportementales de régulation émotionnelle et les symptômes de stress post-traumatique chez l'adulte* [Thèse de doctorat, Université du Québec]. CORE.
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D. & Godbout, N. (2021). Le trauma complexe : Un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 69–90. <https://doi.org/10.7202/1081256ar>
- Mwakanyamale, A.A., & Yizhen, Y. (2019). Maltraitance psychologique et son lien avec l'estime de soi et le stress psychologique chez les adolescents en Tanzanie : Une étude transversale communautaire. *BMC Psychiatry*, 19 (176). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2139-y>
- Nazari, H., Oleson, J. C., & De Haan, I. (2025). Socioeconomic status and child maltreatment : A critical literature review. *Social Sciences*, 14(6). <https://doi.org/10.3390/socsci14060331>
- Nelson, L.J., & McNamara Barry, C. (2005). Distinguishing features of emerging adulthood : The role of self-classification as an adult. *Journal of Adolescent Research*. <https://doi.org/10.1177/0743558404273074>
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 18-28.
- Nguyen, D. T., Dedding, C., Bunders, J., Wright, E. P., & Pham, T. T. (2019). Low self-esteem and its association with anxiety, depression, and suicidal ideation in vietnamese secondary school students : A cross-sectional study. *Frontiers*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00698>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021, novembre). *Châtiments corporels et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/corporal-punishment-and-health>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Maltraitance des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organisation mondiale de la Santé. (2024, janvier). *Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11) : Pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#585833559>
- Office de la naissance et de l'enfance (ONE). (2014). *Les équipes SOS Enfants : A l'attention des professionnels*. https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Maltraitance/SOS_Enfants_-_Brochure_Professionnels_2014.pdf
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381-387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Paetzold, R. L., Rholes, W. S., & Kohn, J. L. (2015). Disorganized attachment in adulthood : Theory, measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, 19(2). <https://doi.org/10.1037/gpr0000042>

- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220. <https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Park, Y., Lee, C.W., Jang, Y., Kwon, S. S., Yu, H., Yoon, J., Park, Y.S. Ryoo, H.A., Jang, J., Lee, H.J., Lee, Y.C., Won, H.-H., Ha, T.H., & Myung, W. (2024). Relationship between early traumatic experiences and emotional régulation skills in major depressive and bipolar disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 36(6), 476-484. <https://doi.org/10.1017/neu.2024.41>
- Partenariat mondial pour l'élimination de la violence envers les enfants. (2021, octobre). *Châtiments corporels infligés aux enfants : Résumé de la recherche sur leurs effets et leurs associations*. End Violence Against Children / End Corporal Punishment. https://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/2022/03/Research-effects-summary-2021_FR.pdf
- Pahlavan, M., Mohammadian, Y., Jaberghaderi, N., & Mahaki, B. (2025). Adult disorganized attachment scale (ADA) : Persian adaptation, validity, and reliability study. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1471538>
- Pederson, D. R., & Moran, G. (1996). Expressions of the Attachment Relationship outside of the Strange Situation. *Child Development*, 67(3), 915-927. <https://doi.org/10.2307/1131870>
- Pernel, A.-S., & Garret-Gloane, N. (2023). Analyse processuelle des situations de négligence. *Vie sociale*, 44(4), 59-76. <https://doi.org/10.3917/vsoc.228.0059>
- Perroud, N. (2014). Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *L'information psychiatrique*, 90(9), 733-739. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1260>
- Pinquart, M. (2023). Associations of Self-Esteem With Attachment to Parents : A Meta-Analysis. *Psychological Reports*, 126(5), 2101-2118. <https://doi.org/10.1177/00332941221079732>
- Qu, Y. (2024). From childhood emotional abuse to adolescent loneliness : The roles of self-compassion and rejection sensitivity. *Child Abuse & Neglect*, 156. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107020>
- Quertermont, E., & Didone, V. (2024). Approfondissement en recherche quantitative (PSYC5913-1) [Support de cours]. Université de Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation.
- Rey-Salmon, C. (2008). Diagnostiquer et signaler la maltraitance : Repères. *Laennec*, 56(1), 6-17. <https://doi.org/10.3917/lae.081.0006>
- Riva Crugnola, C., Tambelli, R., Spinelli, M., Gazzotti, S., Caprin, C., & Albizzati, A. (2011). Attachment patterns and emotion regulation strategies in the second year. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 136-151. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.11.002>
- Roberge, P. (2011). Exploration du concept de traumatisme complexe. *Journal International de Victimologie*, 9(2).
- Rosenberg, M., & Owens, T. J. (2001). Low self-esteem people : A collective portrait. In T. J. Owens, S. Stryker, & N. Goodman (Eds.), *Extending self-esteem theory and research : Sociological and psychological currents* (pp. 402, 204). *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527739.018>

- Sachs-Ericsson, N., Gayman, M. D., Kendall-Tackett, K., Lloyd, D. A., Medley, A., Collins, N., Corsentino, E., & Sawyer, K. (2010). The long-term impact of childhood abuse on internalizing disorders among older adults : The moderating role of self-esteem. *Aging & Mental Health*, 14(4), 489-501. <https://doi.org/10.1080/13607860903191382>
- Sandbrink, K., & Summerfield, C. (2024). Modelling cognitive flexibility with deep neural networks. *Current Opinion In Behavioral Sciences*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101361>
- Schiff, M., Auslander, W. F., & Gerke, D. R. (2023). Child maltreatment, mental health, and self-reported health among adolescent girls in child welfare : Mediating athways. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(3), 759. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00545-x>
- Schulze, A., Rommelfanger, B., Schendel, E., Schott, H., Lerchl, A., Vonderlin, R., & Lis S. (2024). Attributional style in borderline personality disorder is associated with self-esteem and loneliness. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 11(1). doi: 10.1186/s40479-024-00263-2.
- Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations ? The plot thickens. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 15(3), 329-345. <https://doi.org/10.1177/1359104510365449>
- Shahab, M. K., De Ridder, J. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Mook-Kanamori, D. O., & Elzinga, B. M. (2021). A tangled start : The link between childhood maltreatment, psychopathology, and relationships in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105228>
- Shahab, M.K., Elzinga, B.M., Spinhoven, P. et al. (2025). Footprints from childhood: intra-versus extra-familial childhood maltreatment and attachment to romantic partners in adulthood. *BMC Psychol*, 13. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03001-7>
- Shekhar, A., Truitt, W., Rainnie, D., & Sajdyk, T. (2005). Role of stress, corticotrophin releasing factor (CRF) and amygdala plasticity in chronic anxiety. *Stress*, 8(4), 209-219. <https://doi.org/10.1080/10253890500504557>
- Siahmoshtei, J., Delavar, A. & Borjali, A. (2021). A preliminary study : Designing and validating projective images of young's early maladaptive schema (EMS) domains. *BMC Psychol*, 9(16). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00514-9>
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties” : A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 497-522. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>
- Spies, R., & Duschinsky, R. (2021). Inheriting Mary Ainsworth and the Strange Situation : Questions of legacy, authority, and methodology for contemporary developmental Attachment Researchers. *Sage Open*, 11(3). <https://doi.org/10.1177/21582440211047577>
- Stets, J.E. et P.J. Burke (2014). Estime de soi et identités. *Perspectives sociologiques*, 57(4), 409-433.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies,,L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., 1 Dess, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.

- <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Tereno, S., Soares, I., Marins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir, 16*(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>
- Thimm, J. C., & Chang, M. (2022). Early maladaptive schemas and mental disorders in adulthood : a Systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Cognitive Therapy, 15*(4), 371-413. <https://doi.org/10.1007/s41811-022-00149-7>
- Trickett, P. K., Negriff, S., Ji, J., & Peckins, M. (2011). Child maltreatment and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 3-20. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00711.x>
- Trzeniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social psychology, 84*(1), 205-220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.205>
- Tursz, A. (2011). Risk factors of child abuse and neglect in childhood. *La Revue du praticien, 61*, 658-660.
- Tursz, A. (2015). La maltraitance envers les enfants. Qu'en sait-on actuellement en France ? *Les Cahiers Dynamiques, 66*(4), 17-27. <https://doi.org/10.3917/lcd.066.0017>
- 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 Doorn, G., Statham, D., Dye, J., Teese, R., & Jenkins, M. (2025). Cycles of abuse : The mediating role of emotional abuse on the relationship between childhood adversity and depressive symptoms. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-025-00722-0>
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment : A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*(3), 387-403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
- Vaucher, J. F., Renevey Y., & Gysi, J. (2023). Trouble de stress post-traumatique complexe et trouble dissociatif de l'identité partiel : Deux diagnostics novateurs dans la CIM-11. *L'information psychiatrique, 9*(99), 615-620.
- Vial, A., van der Put, C., Stams, G. J. J. M., Kossakowski, J., & Assink, M. (2020). Exploring the interrelatedness of risk factors for child maltreatment : A network approach. *Child Abuse & Neglect, 107*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104622>
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form : Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187-204. <https://doi.org/10.1080/00223890701268041>
- Wekerle, C. & Smith, S. (2019). La violence psychologique : Un tour d'horizon. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*.
- Wolf, N. M., & Elklit, A. (2020). Child maltreatment and disorder ex eating in adulthood : A mediating role of PTSD and self-esteem ? *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*, 21-32. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0224-x>

- Wongpakaran T., & Wongpakaran N. (2012). A short version of the revised experience of close relationships questionnaire : Investigating non-clinical and clinical samples. *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*, 8, 36-42. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010036>
- Xiao, Z., Baldwin, M.M., Meinck, F. et al. (2021). L'impact de la maltraitance psychologique durant l'enfance sur la santé mentale à l'âge adulte : Protocole pour une revue systématique et une méta-analyse. *Systematic Review*, 10. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01777-4>
- Yilmaz, C, D., Sullman, M., J. M., & Lajunen, T. (2023). Trust in relationships : A preliminary investigation of the influence of parental divorce, breakup experiences, adult attachment style, and close relationship beliefs on dyadic trust. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1260480>
- Zavattini, G.C., & Busonera, A. (2017). Experiences in Close Relationships Scales. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_814-1
- Zhang, H., Wang, W., Lui, S., Feng, Y., & Wei, Q. (2023). A Meta-Analytic Review of the Impact of Child Maltreatment on Self-Esteem : 1981 to 2021. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3398-3411. <https://doi.org/10.1177/15248380221129587>
- Zeigler-Hill, V., Chadha, S., & Osterman, L. (2007). Psychological defense and self-esteem instability : Is defense style associated with unstable self-esteem ? *Journal Of Research In Personality*, 42(2), 348-364. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.06.002>

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est d'investiguer les liens entre la maltraitance, principalement psychologique et l'estime de soi, ainsi que le rôle de l'attachement et du trauma complexe. Cette recherche est menée par Déborah Parotte, sous la supervision de Laura Jadot et Adelaïde Blavier. Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques. Cette recherche implique de répondre à plusieurs questionnaires, pour une durée approximative de 20-30 minutes. Ces questionnaires évaluent la présence de maltraitance durant l'enfance, ainsi que d'un trauma complexe, mais également la qualité de l'estime de soi et le type d'attachement. Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement. Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par sa Rectrice. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2; et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j). Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004). Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter Parotte Déborah. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège. Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit : Monsieur le Délégué à la Protection des Données Bât. B9 Cellule "GDPR", Quartier Village 3, Boulevard de Colonster 2, 4000 Liège, Belgique. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be). Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que : - Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus - Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus - Vous avez 18 ans ou plus / [pour les mineurs : Vous avez moins de 18 ans et vous avez compris que votre participation à cette étude est

conditionnée à l'accord de vos parents (un lien vers la description de l'étude va leur être transmis). -
Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche

Annexe 2 : Questionnaire de données sociodémographiques

- 1) Quel âge avez-vous ? (Réponse libre)
- 2) À quel genre vous identifiez-vous ? : Homme, femme, autre
- 3) Quel est votre plus haut niveau d'étude ? : CEB, CESS, diplôme de haute école, diplôme universitaire de Bachelier, diplôme universitaire de Master, autre
3_bis : Si autre, veuillez préciser. (Réponse libre)
- 4) Quel est votre statut ? : Étudiant, travailleur salarié, travailleur indépendant, ni étudiant/ni travailleur
- 5) Avec qui vivez vous ? Parents ou famille, seul, en couple, en collocation, autre
5_bis : Si autre, veuillez préciser. (Réponse libre)
- 6) Êtes vous concernés par une des problématiques suivantes (cases à cocher, plusieurs réponses possibles) : Maladie cardiaque, maladie hépatique, infection ou maladie sexuellement transmissible, cancer, obésité
- 7) À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? : Jamais, occasionnellement, une fois par semaine, deux à trois fois par semaine, quatre à cinq fois par semaine, plus de cinq fois par semaine
- 8) À quelle fréquence consommez-vous du tabac ? Jamais, occasionnellement, quotidiennement
- 9) Consommez vous des drogues illicites ? : Jamais, occasionnellement, régulièrement

Annexe 3 : Données socio-démographiques

Tableau 1 : Données manquantes

	Genre	Etudes	AutreDiplome	Statut	Avec_Qui_Vivez	AutreColoc	Alcool	Tabac	Drogues Illicites	Mal Cardiaque	Mal Hépatique	MST ou Infection	Cancer	Obésité
N	242	242	3	242	242	2	242	242	242	242	242	242	242	242
Missing	0	0	239	0	0	240	0	0	0	0	0	0	0	0

Tableaux 2 : Fréquences

Tableau 2.2.bis : Fréquences autres diplômes

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Autre	4	1.7 %	1.7 %
BAC	84	34.7 %	36.4 %
CEB	10	4.1 %	40.5 %
CESS	87	36.0 %	76.4 %
HE	28	11.6 %	88.0 %
Master	29	12.0 %	100.0 %

Tableau 2.4 : Fréquences des personnes partageant le lieu de vie

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Autre	3	1.2 %	1.2 %
En collocation	27	11.2 %	12.4 %
En couple	26	10.7 %	23.1 %
Famille	162	66.9 %	90.1 %
Seul	24	9.9 %	100.0 %

Tableau 2.8 : Fréquence maladie cardiaque

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Non	233	96.3 %	96.3 %
Oui	9	3.7 %	100.0 %

Tableau 2.9 : Fréquences maladie hépatique

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Non	241	99.6 %	99.6 %
Oui	1	0.4 %	100.0 %

Tableau 2.10 : Fréquences MST ou infection sexuellement transmissible

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Non	241	99.6 %	99.6 %
Oui	1	0.4 %	100.0 %

Tableau 2.11 : Fréquences cancer

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Non	241	99.6 %	99.6 %
Oui	1	0.4 %	100.0 %

Tableau 2.12 : Fréquences obésité

Frequencies of Obésité

Levels	Counts	% of Total	Cumulative %
Non	225	93.0 %	93.0 %
Oui	17	7.0 %	100.0 %

Annexe 4 : Tests statistiques hypothèse principale

Tableau 3 : Matrice de corrélation CTQ-SV – RSE

		Phys. Ab.	Emo. Ab.	Sex. Ab.	Phys. Neg.	Emo. Neg.	Min. Den.	Rosenberg
Phys. Ab.	Pearson's r	—						
	p-value	—						
	Spearman's rho	—						
	p-value	—						
	N	—						
Emo. Ab.	Pearson's r	0.408 ***	—					
	p-value	< .001	—					
	Spearman's rho	0.304 ***	—					
	p-value	< .001	—					
	N	215	—					
Sex. Ab.	Pearson's r	0.240 ***	0.136 *	—				
	p-value	< .001	0.046	—				
	Spearman's rho	0.285 ***	0.076	—				
	p-value	< .001	0.265	—				
	N	215	215	—				
Phys. Neg.	Pearson's r	0.362 ***	0.341 ***	0.178 **	—			
	p-value	< .001	< .001	0.009	—			
	Spearman's rho	0.289 ***	0.265 ***	0.195 **	—			
	p-value	< .001	< .001	0.004	—			
	N	215	215	215	—			
Emo. Neg.	Pearson's r	0.319 ***	0.296 ***	0.229 ***	0.389 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
	Spearman's rho	0.264 ***	0.267 ***	0.174 *	0.305 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	0.011	< .001	—		
	N	215	215	215	216	—		
Min. Den.	Pearson's r	-0.322 ***	-0.238 ***	-0.168 *	-0.305 ***	-0.387 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	0.014	< .001	< .001	—	
	Spearman's rho	-0.351 ***	-0.226 ***	-0.214 **	-0.340 ***	-0.443 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	0.002	< .001	< .001	—	
	N	215	215	215	215	215	—	
Rosenberg	Pearson's r	-0.196 *	-0.254 **	-0.063	-0.249 **	-0.272 ***	0.218 **	—
	p-value	0.014	0.001	0.438	0.002	< .001	0.007	—
	Spearman's rho	-0.185 *	-0.270 ***	-0.001	-0.264 ***	-0.299 ***	0.231 **	—
	p-value	0.021	< .001	0.988	< .001	< .001	0.004	—
	N	155	155	155	156	156	155	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau 4 : ANOVA à un facteur (Welch) – abus physique/estime de soi

	F	df1	df2	p
Rosenberg	2.60	3	11.2	0.104

Tableau 5 : Statistiques descriptives – abus physique/estime de soi

	Phys Ab2	N	Mean	SD	SE
Rosenberg	Low	9	26.9	5.58	1.859
	Moderate	5	24.2	6.02	2.691
	None	132	27.5	6.68	0.581
	Severe	9	21.7	6.04	2.014

Tableau 6 : Test normalité (Shapiro-Wilk) – abus physique/estime de soi

	W	p
Rosenberg	0.983	0.058

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Tableau 7 : Test homogénéité des variances (test de Levene) – abus physique/estime de soi

	F	df1	df2	p
Rosenberg	0.346	3	151	0.792

Graphique 1 : Moyennes abus physique/estime de soi

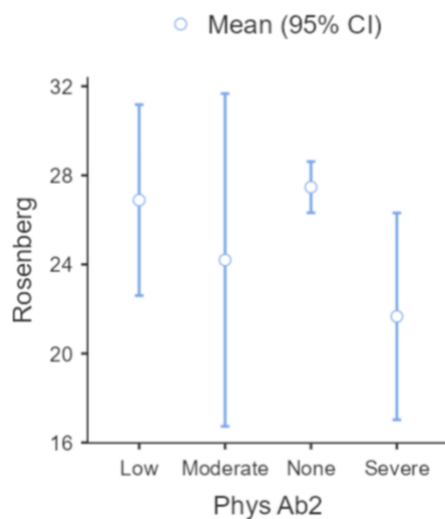


Tableau 8 : ANOVA à un facteur (Welch) – abus psychologique/estime de soi

	F	df1	df2	p
Rosenberg	3.71	3	8.82	0.056

Tableau 9 : Statistiques descriptives – abus psychologique/estime de soi

	Emo Ab2	N	Mean	SD	SE
Rosenberg	Low	10	26.7	6.24	1.972
	Moderate	5	20.4	8.02	3.586
	None	136	27.4	6.63	0.569
	Severe	4	23.3	2.36	1.181

Tableau 10 : Test normalité (Shapiro-Wilk) – abus psychologique/estime de soi

	W	p
Rosenberg	0.983	0.056

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Tableau 11 : Test homogénéité des variances (test de Levene) – abus psychologique/estime de soi

	F	df1	df2	p
Rosenberg	1.29	3	151	0.281

Tableau 12 : ANOVA à un facteur (Welch) – abus sexuel/estime de soi

	F	df1	df2	p
Rosenberg	2.71	3	21.7	0.070

Tableau 13 : Statistiques descriptives – abus sexuel/estime de soi

	Sex Ab2	N	Mean	SD	SE
Rosenberg	Low	26	26.1	5.74	1.126
	Moderate	10	26.7	6.24	1.972
	None	110	27.7	6.81	0.650
	Severe	9	21.7	6.04	2.014

Tableau 14 : Test normalité (Shapiro-Wilk) – abus sexuel/estime de soi

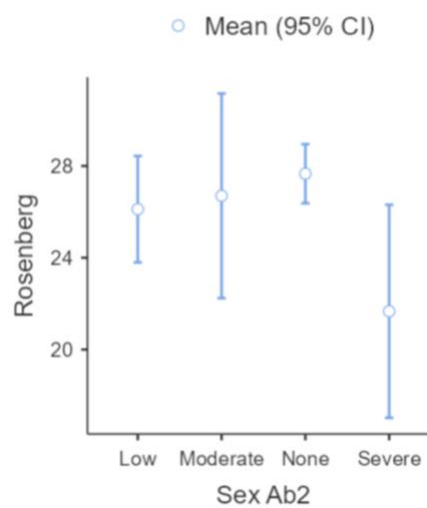
	W	p
Rosenberg	0.983	0.048

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Tableau 15 : Test homogénéité des variances (test de Levene) – abus sexuel/estime de soi

	F	df1	df2	p
Rosenberg	0.535	3	151	0.659

Graphique 3 : Moyennes abus sexuel/estime de soi



Annexe 5 : Tests statistiques première hypothèse complémentaire

Tableau 16 : Matrice de corrélation CTQ-SV (total) – RSE

		Rosenberg	CTQ
Rosenberg	Pearson's r	—	
	p-value	—	
	Spearman's rho	—	
	p-value	—	
	N	—	
CTQ	Pearson's r	-0.278 ***	—
	p-value	< .001	—
	Spearman's rho	-0.261 **	—
	p-value	0.001	—
	N	155	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 17 : Statistiques descriptives CTQ-sv (total) – RSE

	Rosenberg	CTQ
N	156	215
Missing	86	27
Mean	27.0	45.9
Median	27.0	44
Standard deviation	6.65	11.9
Minimum	12	19
Maximum	40	98
Shapiro-Wilk W	0.982	0.910
Shapiro-Wilk p	0.040	< .001

Annexe 6 : Tests statistiques deuxième hypothèse complémentaire

Tableau 18 : Tests t pour échantillons indépendants

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference
Anx	Student's t	-1.090	39.0	0.282	-0.352	0.323
	Mann-Whitney U	183		0.505	-0.263	
Evit	Student's t	0.439	39.0	0.663	0.149	0.339
	Mann-Whitney U	198		0.774	0.111	
Rosenberg	Student's t	1.178	39.0	0.246	2.289	1.943
	Mann-Whitney U	158		0.186	2.000	

Tableau 19 : Test de normalité (Shapiro-Wilk) – anxiété ; évitement ; estime de soi

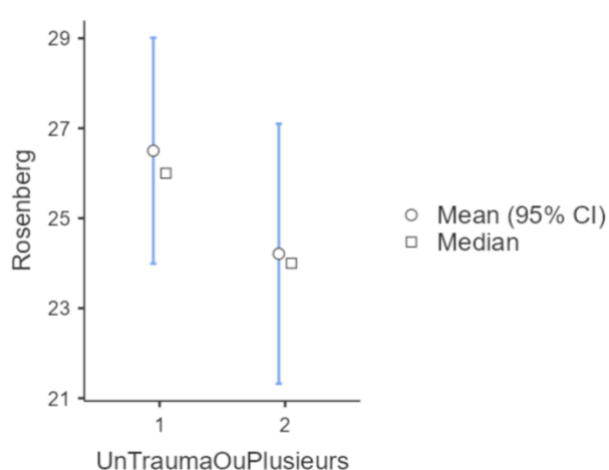
	W	p
Anx	0.981	0.728
Evit	0.940	0.031
Rosenberg	0.976	0.538

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Tableau 20 : Statistiques descriptives – anxiété ; évitement ; estime de soi

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Anx	1	22	4.20	4.47	1.07	0.228
	2	19	4.55	4.42	0.988	0.227
Evit	1	22	3.34	2.92	1.19	0.253
	2	19	3.19	3.00	0.946	0.217
Rosenberg	1	22	26.50	26.00	6.01	1.280
	2	19	24.21	24.00	6.425	1.474

Graphique 4 : Moyenne un vs plusieurs trauma/estime de soi



Annexe 7 : Tests statistiques troisième hypothèse complémentaire

Tableau 21 : Test t pour échantillons indépendants

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference
Phys. Ab.	Student's t	-2.786 ^a	147	0.006	-1.3956	0.501
	Mann-Whitney U	2117		0.007	-2.66e-5	
Emo. Ab.	Student's t	-2.900 ^a	147	0.004	-2.5260	0.871
	Mann-Whitney U	1911		0.002	-3.000	
Sex. Ab.	Student's t	-3.067 ^a	147	0.003	-1.9097	0.623
	Mann-Whitney U	2081		0.003	-3.20e-5	
Phys. Neg.	Student's t	-3.117 ^a	147	0.002	-1.7121	0.549
	Mann-Whitney U	1796		< .001	-1.000	
Emo. Neg.	Student's t	-3.346 ^a	147	0.001	-3.0043	0.898
	Mann-Whitney U	1886		0.002	-4.000	
Min. Den.	Student's t	3.730	147	< .001	2.5573	0.686
	Mann-Whitney U	1732		< .001	3.000	
Rosenberg	Student's t	4.632	146	< .001	4.9149	1.061
	Mann-Whitney U	1503		< .001	5.000	
Evit	Student's t	-0.520	138	0.604	-0.0932	0.179
	Mann-Whitney U	2276		0.666	-0.111	
Anx	Student's t	-2.397 ^a	138	0.018	-0.4588	0.191
	Mann-Whitney U	1877		0.034	-0.368	

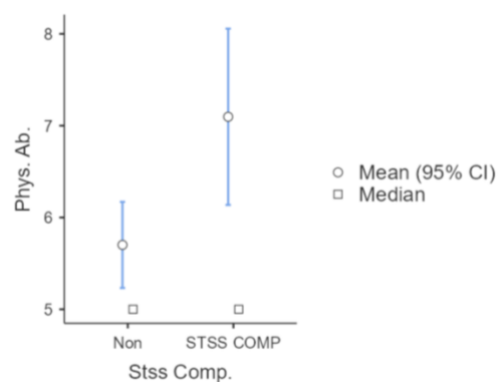
Tableau 22 : Tests normalité (Shapiro-Wilk)

	W	p
Phys. Ab.	0.655	< .001
Emo. Ab.	0.954	< .001
Sex. Ab.	0.657	< .001
Phys. Neg.	0.861	< .001
Emo. Neg.	0.978	0.017
Min. Den.	0.964	< .001
Rosenberg	0.992	0.606
Evit	0.975	0.011
Anx	0.981	0.053

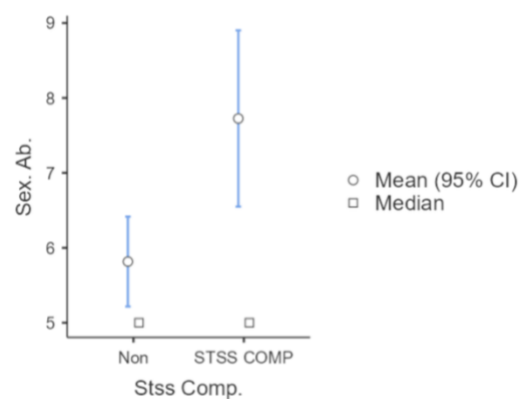
Tableau 23 : Statistiques descriptives TSPT-C

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Phys. Ab.	Non	87	5.70	5.00	2.23	0.239
	STSS COMP	62	7.10	5.00	3.857	0.490
Emo. Ab.	Non	87	8.26	9.00	4.54	0.487
	STSS COMP	62	10.79	11.00	6.095	0.774
Sex. Ab.	Non	87	5.82	5.00	2.86	0.306
	STSS COMP	62	7.73	5.00	4.726	0.600
Phys. Neg.	Non	87	6.05	5.00	2.31	0.247
	STSS COMP	62	7.76	7.00	4.337	0.551
Emo. Neg.	Non	87	8.85	8.00	4.73	0.508
	STSS COMP	62	11.85	12.00	6.225	0.791
Min. Den.	Non	87	9.14	11.00	4.39	0.471
	STSS COMP	62	6.58	6.50	3.713	0.472
Rosenberg	Non	86	29.01	29.00	6.26	0.675
	STSS COMP	62	24.10	24.00	6.518	0.828
Evit	Non	82	3.13	3.00	1.02	0.113
	STSS COMP	58	3.22	2.94	1.078	0.142
Anx	Non	82	3.85	4.05	1.20	0.133
	STSS COMP	58	4.31	4.37	0.983	0.129

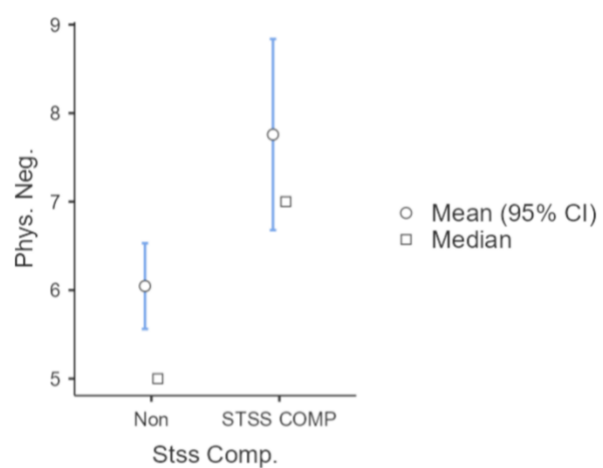
Graphique 5 : Moyenne abus physique/TSPT-C



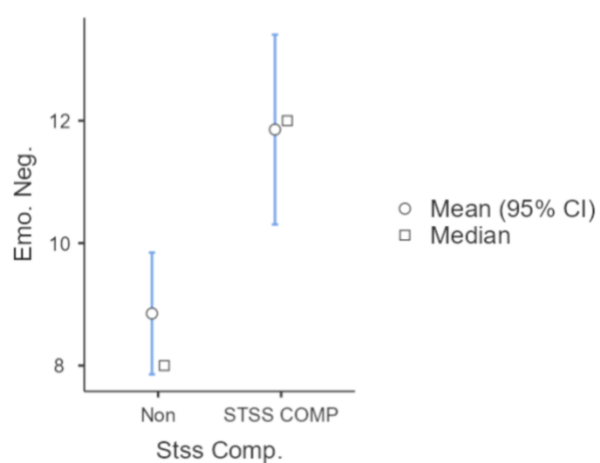
Graphique 7 : Moyenne abus sexuel/TSPT-C



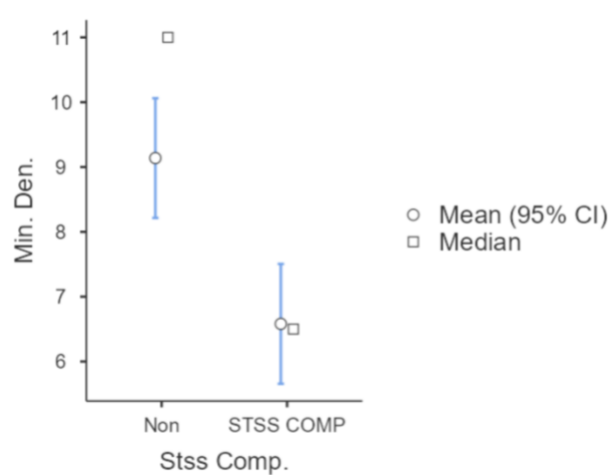
Graphique 8 : Moyenne négligence physique/TSPT-C



Graphique 9 : Moyenne négligence émotionnelle/TSPT-C



Graphique 10 : Moyenne minimisation & déni / TSPT-C



Annexe 8 : Tests statistiques hypothèse exploratoire

Tableau 24 : Matrice de corrélation

		Phys. Ab.	Emo. Ab.	Sex. Ab.	Phys. Neg.	Emo. Neg.	Min. Den.	Evit	Anx
Phys. Ab.	Pearson's r	—							
	p-value	—							
	Spearman's rho	—							
	p-value	—							
	N	—							
Emo. Ab.	Pearson's r	0.408 ***	—						
	p-value	< .001	—						
	Spearman's rho	0.304 ***	—						
	p-value	< .001	—						
	N	215	—						
Sex. Ab.	Pearson's r	0.240 ***	0.136 *	—					
	p-value	< .001	0.046	—					
	Spearman's rho	0.285 ***	0.076	—					
	p-value	< .001	0.265	—					
	N	215	215	—					
Phys. Neg.	Pearson's r	0.362 ***	0.341 ***	0.178 **	—				
	p-value	< .001	< .001	0.009	—				
	Spearman's rho	0.289 ***	0.265 ***	0.195 **	—				
	p-value	< .001	< .001	0.004	—				
	N	215	215	215	—				
Emo. Neg.	Pearson's r	0.319 ***	0.296 ***	0.229 ***	0.389 ***	—			
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—			
	Spearman's rho	0.264 ***	0.267 ***	0.174 *	0.305 ***	—			
	p-value	< .001	< .001	0.011	< .001	—			
	N	215	215	215	216	—			
Min. Den.	Pearson's r	-0.322 ***	-0.238 ***	-0.168 *	-0.305 ***	-0.387 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	0.014	< .001	< .001	—		
	Spearman's rho	-0.351 ***	-0.226 ***	-0.214 **	-0.340 ***	-0.443 ***	—		
	p-value	< .001	< .001	0.002	< .001	< .001	—		
	N	215	215	215	215	215	—		
Evit	Pearson's r	0.042	0.053	0.046	0.038	0.143	-0.224 **	—	
	p-value	0.618	0.524	0.579	0.651	0.086	0.007	—	
	Spearman's rho	0.055	0.075	0.008	0.135	0.130	-0.219 **	—	
	p-value	0.508	0.372	0.927	0.107	0.119	0.008	—	
	N	145	145	145	145	145	145	—	
Anx	Pearson's r	0.109	0.143	0.165 *	0.030	0.234 **	-0.328 ***	0.326 ***	—
	p-value	0.192	0.086	0.047	0.724	0.005	< .001	< .001	—
	Spearman's rho	0.164 *	0.150	0.129	0.097	0.245 **	-0.280 ***	0.332 ***	—
	p-value	0.048	0.071	0.123	0.247	0.003	< .001	< .001	—
	N	145	145	145	145	145	145	145	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau 26 : Test khi-carré abus/attachement

	Value	df	p
χ^2	6.83	6	0.337
N	145		

Tableau 27 : Coefficient de contingence abus/attachement

	Value
Contingency coefficient	0.212

Résumé

Ce mémoire explore les liens entre maltraitance infantile (particulièrement psychologique), trouble de stress post traumatique complexe, estime de soi et attachement. L'hypothèse principale est qu'une maltraitance psychologique vécue durant l'enfance entraîne, entre 18 et 25 ans, une estime de soi plus basse que d'autres types de maltraitance. Les hypothèses complémentaires postulent que toute forme de maltraitance diminue l'estime de soi, que l'exposition à plusieurs abus accentue cet effet, et que la combinaison d'abus psychologique et d'autres formes de maltraitance accroît le risque de trouble de stress post-traumatique complexe. La répartition des types d'attachement a également été explorée.

Pour ce faire, 138 jeunes adultes francophones de 18 à 25 ans ont rempli 5 questionnaires : un questionnaire de données socio-démographique, le Childhood Trauma Questionnaire – Short Version (CTQ-SV), l'International Trauma Questionnaire (ITQ), l'Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg (RSE) ainsi que l'Experiences in Close Relationships Scale (ECR).

Les résultats ont montré des corrélations négatives significatives entre l'estime de soi et plusieurs formes d'abus (maltraitance psychologique et physique, ainsi que négligence psychologique et physique), allant dans le sens de notre hypothèse principale. Une corrélation positive est également apparue entre l'estime de soi et la minimisation de la maltraitance. La première hypothèse complémentaire a été confirmée (score global de maltraitance corrélé négativement à l'estime de soi), mais la deuxième ne l'a pas été (pas de différence entre un seul type et plusieurs types d'abus). Pour la troisième, des analyses descriptives suggèrent que la maltraitance psychologique combinée à d'autres formes de maltraitance est associée à des scores plus élevés de TSPT-C, sans pouvoir conclure statistiquement. L'hypothèse exploratoire n'a pas mis en évidence entre la maltraitance psychologique et les dimensions d'attachement, bien que certaines corrélations significatives soient observées avec d'autres formes de maltraitance.

En conclusion, ce mémoire a mis en évidence la complexité des liens entre maltraitance infantile, en particulier psychologique, l'estime de soi, le TSPT-C et le lien d'attachement.