

*ÉCOLE DOCTORALE SST*  
EA 2114 Psychologie des âges de la vie

## **THÈSE** présentée par : **Catherine POTARD**

soutenue le : **08 décembre 2010**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université François - Rabelais**  
Discipline/ Spécialité : **Psychologie clinique**

### **Attachement parental, sexualité à l'adolescence et estime de soi**

**THÈSE dirigée par :**

**M. COURTOIS Robert**  
**M. REVEILLERE Christian**

Maître de Conférences (HDR), Université de Tours  
Professeur, Université de Tours

**RAPPORTEURS :**

**M. CHASSEIGNE Gérard**  
**M. MALLET Pascal**

Professeur émérite, Université de Reims  
Professeur, Université Paris Nanterre, Paris 10

---

**JURY :**

**M. CHASSEIGNE Gérard**  
**Mme COURTOIS Anne**  
**M. COURTOIS Robert**  
**M. MALLET Pascal**  
**M. REVEILLERE Christian**  
**M. RUSCH Emmanuel**

Professeur émérite, Université de Reims  
Professeure, Université Libre de Bruxelles  
Maître de Conférences (HDR), Université de Tours  
Professeur, Université Paris Nanterre, Paris 10  
Professeur, Université de Tours  
Professeur, Université de Tours

## **Remerciements**

*Au terme de ce travail, je voudrais remercier très sincèrement toutes les personnes qui y ont contribué, pour leur soutien actif et bienveillant.*

*Tout d'abord, je remercie l'ensemble des collégiens, lycéens et étudiants rencontrés aux cours de ces années, sans lesquels rien n'aurait été possible. Je les remercie pour leur intérêt, leur disponibilité et surtout leur confiance. Merci également aux établissements scolaires ayant accepté de participer à ce projet.*

*Merci à Robert Courtois et Christian Réveillère, directeurs de cette thèse, pour leur disponibilité et leurs remarques constructives. Ma thèse n'aurait bien évidemment pas été possible sans l'investissement de Robert Courtois qui a dirigé mes recherches avec détermination depuis ma première année de maîtrise. L'affirmation continue de sa confiance et de son soutien durant ces dernières années m'a été précieuse. Je remercie Christian Réveillère pour sa réactivité et ses conseils judicieux.*

*Pour leur lecture minutieuse du manuscrit j'aimerais remercier les rapporteurs de ma thèse : Gérard Chasseigne et Pascal Mallet. Je remercie également Anne Courtois et Emmanuel Rusch pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse.*

*Je remercie également mes parents et mon frère pour leur présence et leur soutien inconditionnel.*

*Je remercie mes amis pour l'aide et le soutien qu'ils m'ont apporté et en particulier Florent qui a su être présent quand il le fallait.*

## Résumé en français

### *Objectifs :*

L'adolescence est une période de développement au cours de laquelle les individus expérimentent les premières activités sexuelles, investissent de nouveaux objets tout en s'éloignant de leurs parents. Ce profond remaniement peut conduire les adolescents à une prise de risque accrue, y compris dans la sexualité, et à une chute de l'estime de soi. Ce travail propose d'étudier les relations entre le style d'attachement (*secure, insecure ambivalent* et *insecure évitant*) à la mère et au père à l'adolescence et le type de sexualité engagée (sentimentalisée, corporalisée, évitée ou encore à risque). L'estime de soi est considérée dans cette étude comme une variable intermédiaire dans les interactions entre l'attachement perçu aux parents et la sexualité des adolescents. Pour tenir compte des évolutions/pubertaires et cognitives durant l'adolescence, la *prime adolescence* et la *late adolescence* sont étudiées séparément.

### *Méthode :*

Une série de sept études a été menée. La première étude évalue les liens entre la communication parents-enfants, et les attitudes et conduites sexuelles des adolescents. La seconde étude traite des relations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles risquées chez le jeune adulte. La troisième et la quatrième étude sont consacrées à la validation d'outils de mesure de la sexualité en langue française. La cinquième étude établit les relations entre l'estime de soi et la sexualité à la *prime adolescence*, en tenant compte du degré de maturation/pubertaire. La sixième étude porte sur les relations entre les styles d'attachement aux parents, la sexualité à la *prime adolescence* et leur estime de soi. La septième étude reprend cette dernière thématique mais à la *late adolescence*. Des populations d'adolescents et jeunes adultes (collégiens, lycéens, étudiants) scolarisés ont été interrogées individuellement par questionnaires auto-reportés ou par entretien, à partir d'outils standardisés en français.

### *Résultats :*

(i) Etude 1. Une sexualité « sentimentalisée » s'associe à moins d'engagement sexuel à la *prime adolescence* alors qu'une sexualité fonctionnelle, plus permissive s'associe une

entrée plus précoce dans la sexualité et davantage de conduites sexuelles à risque. La qualité des relations à la mère influence les attitudes sexuelles (permissivité) des adolescents. La qualité des relations au père influence en plus la sphère comportementale (précocité des rapports sexuels et du multi-partenariat). (ii) Etude 2. Une *estime de soi* basse s'associe à davantage de conduites sexuelles à risque chez le jeune adulte. L'*estime de soi corporelle*, en particulier les domaines de la masculinité, chez les garçons s'associe à des conduites sexuelles associées à la virilité (multi-partenariat par exemple), potentiellement à risque. En cas d'insatisfaction dans les domaines sociaux du corps, plus investis par les filles, on observe un évitement de la sexualité. (iii) Etude 3. Un questionnaire, l'*IERS*, a été validé pour des populations de la *prime adolescence* et de *late adolescence*. Il permet de mesurer les trois principales dimensions de la sexualité : l'engagement sexuel, les émotions et les intentions ou intérêts. Ce questionnaire se compose de trois facteurs, *Sortir avec quelqu'un*, *Privilégier l'amour* et *Draguer dans le but d'avoir des relations sexuelles* ou *Relations* pour la *late adolescence*. (iv) Etude 4. Un questionnaire d'évaluation des principales conduites sexuelles à risque (*Engagement sexuel monogame et usage du préservatif*, *Partenaires à risque* et *Rapports homosexuels ou anaux*) a été validé à la *late adolescence*. (v) Etude 5. Avec la maturation pubertaire, l'engagement sexuel s'accroît alors que l'*estime de soi* chute. Une *estime de soi corporelle* basse à la *prime adolescence* limite l'exploration de la sexualité. (vi) Etude 6. L'attachement *secure* à la mère et au père s'associe à moins d'engagement sexuel à la *prime adolescence*, alors que l'attachement *ambivalent* à la mère et au père (pour les garçons) favorise cet engagement précoce. L'attachement *évitant* à la mère produit chez les garçons un désinvestissement de la dimension amoureuse de la sexualité. L'attachement *évitant* au père favorise chez les filles l'engagement sexuel. Les attachements *secures* à la mère et père s'associe à une *estime de soi* plus élevée, les attachements *évitants* à une *estime de soi* plus basse. (vii) Etude 7. A la *late adolescence*, l'attachement *ambivalent* à la mère s'associe à moins privilégier la dimension amoureuse de la sexualité et à des antécédents de grossesse chez les filles. L'attachement *ambivalent* au père chez les filles accroît l'engagement sexuel avec des partenaires peu sûrs. L'attachement *évitant* au père, pour l'ensemble de la population, s'associe à désinvestir la dimension amoureuse de la sexualité.

#### *Discussion :*

Les conduites sexuelles des adolescents *secures* reflètent leur *estime de soi* élevée avec un confort avec les relations intimes (affectives et physique) et une sexualité plus

sentimentalisée et moins risquée. Les adolescents *ambivalents* s'engagent plus précocement dans des interactions sexuelles et présentent une sexualité plus à risque, par crainte du rejet ou de l'abandon. Pour les adolescents *évitants*, ils sont peu intéressés par l'implication émotionnelle de la sexualité, et moins orienté vers les expériences sexuelles pour les filles (attachement au père) à la *prime adolescence*, sans être nécessairement sexuellement inactifs à la *late adolescence*. Dans ces relations, l'*estime de soi* intervient comme une variable médiatrice pour les attachements *secure* et *insecure évitant*.

Mots clés : styles d'attachement, sexualité, estime de soi, conduites à risque, adolescence

## **Résumé en anglais**

### *Objectives :*

Adolescence is a period of development during which people experiment with their first sexual activities, explore new paths and distance themselves from their parents. This life changes may lead adolescents to increased risk-taking, including in sexuality, and to a loss of self-esteem. This work proposes to study the relations and the nature of the bond (*secure, insecure ambivalent* and *insecure avoidant*) with the mother and the father between the adolescence and the kind of sexuality held (sentimentalized, corporalized, avoided or risky). Self esteem is considered in this study as an intermediate variable in the interactions between the attachment perceived by parents and the sexuality of adolescents. To consider the pubertal and cognitive evolution during adolescence, the prime adolescence and the late adolescence are studied separately.

### *Method :*

A series of seven studies was conducted. The first study estimates the parent-children communication bond, and the sexual attitudes and behaviors of adolescents. The second study is about the relations between self-esteem and risky sexual behaviors among young adults. The third and fourth studies are dedicated to the validation of tools to measure sexuality in the French language. The fifth study establishes the relations between self-esteem and prime adolescence sexuality, considering the degree of pubertal maturation. The sixth study is about the relations between the kind of bonds with parents, sexuality at the prime adolescence and their self-esteem. The seventh study takes up the latter themes but during the late adolescence. Populations of adolescence and young adults (schoolboys, high school students and college students) had been interviewed individually by self-reported questionnaires or by interview, using tools standardized in French.

## *Results :*

(i) Study 1. A « sentimentalized » sexuality is associated with less sexual involvement during the prime adolescence whereas a functional sexuality, which is more permissive, is correlated with an earlier start in sexuality and more risk-taking sexual behaviors. The quality of the relations with the mother influence the sexual behaviors (permissiveness) of adolescents. The quality of the relations to the father influences more the behavioral sphere (precociousness of sexual intercourse and having multiple partners). (ii) Study 2. A low self esteem is associated more with risk-taking sexual behavior for young adults. Body self-esteem, particularly in the field of masculinity, among boys is correlated with sexual behaviors linked to virility (having different partners for example), potentially at risk. In case of dissatisfaction in the social fields of body, more invested by girls, we can note an avoidance of sexuality. (iii) Study 3. A questionnaire, the *IERS*, was validated by populations of prime adolescence and late adolescence. It enables us to measure the three principal dimensions of sexuality : the sexual involvement, the emotions and the intention or interests. This questionnaire contains three different factors, *dating someone*, *giving priority to love* and *flirting* in order to having sexual relations or relations in late adolescence. (iv) Study 4. A questionnaire which evaluates the principals risk-taking sexual behaviors (sexual commitment to one person and use of a condom, risky partners and homosexuals or anal intercourse) was validated in the late adolescence. (v) Study 5. With the pubertal maturation, the sexual involvement increases while self-esteem decreases. A low body self-esteem limits the exploration of sexuality. (vi) Study 6. The *secure* attachment to the mother and to the father goes less with sexual involvement at prime adolescence, whereas *ambivalent* attachment to the mother and to the father (among boys) promotes this precocious involvement. The *avoidant* attachment to the mother produces among boys a loss of interest of love in sexuality. The *avoidant* attachment to the father, produces among girls sexual involvement. The *secure* attachments to the mother and father go with a higher self-esteem, *avoidant* attachments to a lower self-esteem. (vii) Study 7. During the late adolescence, the *ambivalent* attachment to the mother is associated with giving less priority to love in sexuality and history of pregnancy among girls. The *ambivalent* attachment to the latter increases the sexual involvement with unsafe partners. The *avoidant* attachment to the father goes, for the whole population, with a loss of interest of love in sexuality.

*Discussion :*

The sexual behavior of *secure* adolescents is reflected in their high self-esteem, with ease in intimate relations (both affective and physical) and a more sentimentalized and less risky sexuality. The *ambivalent* adolescents are more precociously involved in sexual interactions and exhibit a more risk-taking sexuality, in the fear of rejection or abandonment. For the *avoidant* adolescents, they are less interested by the emotional implication of sexuality, and less oriented toward the sexual experiences with girls (attachment to the father) during the prime adolescence, without necessarily being sexually inactive in their late adolescence. In these relations, self-esteem is a real mediator for the attachments *secure* and *insecure avoidant*.

Keywords : attachment style, adolescent sexuality, risky behavior, self esteem, adolescence

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Les patterns d'attachement selon Ainsworth d'après Sameroff et Emde (1993).</i>	6
<i>Tableau 2 : Effectifs selon les études</i>	34
<i>Tableau 2 : Corrélations entre les attitudes sexuelles (amour, aventures sans lendemain) et les comportements sexuels à l'adolescence.</i>	49
<i>Tableau 3 : Corrélations entre les difficultés de communication avec le père et la mère, les attitudes sexuelles (amour, aventures sans lendemain) et les comportements sexuels à l'adolescence.</i>	50
<i>Tableau 4 : Alpha de Cronbach des échelles du PSDQ</i>	54
<i>Tableau 5 : Corrélations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles à risque</i>	57
<i>Tableau 6 : Corrélations entre les domaines de l'estime de soi corporelle et les conduites sexuelles à risque</i>	58
<i>Tableau 7 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur les items relatifs à la sexualité à la prime adolescence</i>	66
<i>Tableau 8 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur les items relatifs à la sexualité à la late adolescence</i>	68
<i>Tableau 9 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur les items relatifs à la sexualité à risque l'adolescence</i>	75
<i>Tableau 10: Alpha de Cronbach des différentes échelles</i>	79
<i>Tableau 11 : Corrélations entre le développement pubertaire et la sexualité à l'adolescence en population générale et selon le genre.</i>	81
<i>Tableau 12 : Corrélations entre l'estime de soi et l'estime de soi corporelle et les comportements sexuels</i>	82
<i>Tableau 13 : Alpha de Cronbach des échelles</i>	88
<i>Tableau 14 : Répartition des styles d'attachement maternel et paternel</i>	89
<i>Tableau 15 : Scores moyens au PSDQ selon le genre [avec (ET)] et significativité des différences (Anova)</i>	91
<i>Tableau 16 : Alpha de Cronbach des échelles</i>	105
<i>Tableau 17 : Répartition des styles d'attachement maternel et paternel</i>	106
<i>Tableau 18 : Scores moyens au PSDQ selon le genre [avec (ET)] et significativité des différences (Anova)</i>	107
<i>Tableau I : Résumé de la Strange Situation d'Ainsworth (tiré d'Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978).</i>	ii
<i>Tableau II : Analyse factorielle en deux facteurs de l'Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque.</i>	xxxvi

<i>Tableau III : Tableau d'analyse factorielle en trois facteurs de l'Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque.....</i>	<i>xxxvii</i>
<i>Tableau IV: Analyse factorielle sur 1859 lycéens.....</i>	<i>xxxix</i>
<i>Tableau V: Alpha de Cronbach du Physical Self-Description Questionnaire.....</i>	<i>xlii</i>
<i>Tableau VI : Alpha de Cronbach du Physical Self-Description Questionnaire.....</i>	<i>xliii</i>
<i>Tableau VII: Alpha de Cronbach du Physical Self-Description Questionnaire .....</i>	<i>xliv</i>

## Liste des figures

<i>Figure 1 : Représentation schématique de la problématique.....</i>	<i>32</i>
<i>Figure 2 : Scores moyens en fonction du genre au questionnaire d'estime de soi (PSDQ).....</i>	<i>56</i>
<i>Figure 3 : Scores moyen en fonction du genre au questionnaire d'estime de soi (PSDQ).....</i>	<i>80</i>
<i>Figure 4 : Scores moyens aux dimensions Privilégier l'amour et Draguer (...) de l'IERS selon le genre .....</i>	<i>90</i>
<i>Figure 5 : Scores moyens aux dimensions Privilégier l'amour et Sortir avec quelqu'un de l'IERS selon le style d'attachement à la mère.....</i>	<i>92</i>
<i>Figure 6 : Scores moyens à la dimension Sortir avec quelqu'un de l'IERS selon le style d'attachement au père.....</i>	<i>93</i>
<i>Figure 7 : Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement secure et évitant à la mère....</i>	<i>94</i>
<i>Figure 8 : Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement secure et évitant au père.....</i>	<i>94</i>
<i>Figure 9: Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement secure et ambivalent au père.</i>	<i>95</i>
<i>Figure 10 : Attachement à la mère, estime de soi et sexualité à la prime adolescence .....</i>	<i>96</i>
<i>Figure 11 : Attachement au père, estime de soi et sexualité à la prime adolescence .....</i>	<i>97</i>
<i>Figure 12 : Scores moyens à la dimension Privilégier l'amour de l'IERS selon le style d'attachement à la mère.....</i>	<i>108</i>
<i>Figure 13 : Scores moyens à la dimension Privilégier l'amour de l'IERS selon le style d'attachement au père.....</i>	<i>109</i>
<i>Figure 14 : Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement secure et évitant à la mère</i>	<i>110</i>
<i>Figure 15 : Attachement à la mère, estime de soi et sexualité à la late adolescence.....</i>	<i>111</i>
<i>Figure 16 : Attachement au père, estime de soi et sexualité à la late adolescence.....</i>	<i>111</i>
<i>Figure i : Courbe des valeurs propres des facteurs de l'Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque .....</i>	<i>xxxv</i>
<i>Figure ii: Tracé des valeurs propres pour les items de l'IERS prime adolescence .....</i>	<i>xxxviii</i>
<i>Figure iii: Tracé des valeurs propres pour les items de l'IERS late adolescence .....</i>	<i>xxxviii</i>
<i>Figure iv: Tracé des valeurs propres pour les items de l'échelle des conduites sexuelles à risque à la late adolescence .....</i>	<i>xli</i>

## Liste des annexes

<i>Annexe I: Protocole expérimental de la Strange situation</i>	<i>ii</i>
<i>Annexe II: Localisation des établissements scolaires par étude</i>	<i>iii</i>
<i>Annexe III : Exemplaires des questionnaires utilisés dans les différentes études</i>	<i>iv</i>
<i>Annexe IV: Etude 2- Analyses factorielles</i>	<i>xxxv</i>
<i>Annexe V: Etude 3-Tracés des valeurs propres des items à l'IERS prime adolescence et IERS late adolescence</i>	<i>xxxviii</i>
<i>Annexe VI: Etude 4-Analyse factorielle de l'échelle des conduites sexuelles à risque (Courtois et al., 2001)</i>	<i>xxxix</i>
<i>Annexe VII: Etude 4-Tracé des valeurs propres</i>	<i>xli</i>
<i>Annexe VIII: Etude 5-Alpha de Cronbach pour chacun des domaines du PSDQ</i>	<i>xlii</i>
<i>Annexe IX: Etude 6-Alpha de Cronbach pour chacun des domaines du PSDQ</i>	<i>xliii</i>
<i>Annexe X: Etude 7- Alpha de Cronbach pour chacun des domaines du PSDQ</i>	<i>xliv</i>

## Sommaire

Remerciements .....	a
Résumé en français.....	b
Résumé en anglais .....	e
Liste des tableaux .....	h
Liste des figures .....	j
Liste des annexes.....	k
Sommaire .....	A

## **I – Introduction théorique ..... 1**

### **1. Attachement à l’adolescence ..... 1**

1.1 Théorie de l’attachement.....	1
1.1.1 Définition et fonctions de l’attachement.....	2
1.1.2 Mesures et classification de l’attachement .....	3
1.1.3 Modèles internes opérants .....	7
1.1.4 Rôle de chacune des figures parentales dans l’attachement .....	8
1.2 Attachement et relations psychosociales à l’adolescence .....	9
1.2.1 Remaniements des attachements à l’adolescence.....	9
1.2.2 Attachement et santé psychique à l’adolescence .....	11
1.2.3 Continuité sur les relations socio-affectives à l’âge adulte.....	12

### **2. Sexualité à l’adolescence, attachement et estime de soi..... 13**

2.1 Sexualité à l’adolescence .....	13
2.1.1 Appréhender la sexualité à l’adolescence.....	13
Approches disciplinaires de la sexualité.....	13
Notion de santé sexuelle : apports et limites .....	14
Notion de conduites sexuelles à risque : apports et limites .....	16
2.1.2 Dimensions de la sexualité à l’adolescence et développement.....	18
Puberté et développement psychosexuel.....	18
Dimensions comportementales et affectives du développement psychosexuel..	20
Engagement précoce dans la sexualité et sexualité à risque.....	24
2.2 Sexualité, attachement et estime de soi à l’adolescence .....	26
2.2.1 Sexualité à l’adolescence et estime de soi .....	26
2.2.2 Attachement et sexualité.....	28
2.2.3 Sexualité à l’adolescence, attachement et estime de soi.....	30

## **II – Méthode générale.....33**

### **1. Participants ..... 33**

### **2. Outils ..... 34**

#### 2.1 Mesures de l'attachement à l'adolescence ..... 34

2.1.1 L'Adult Attachment Interview..... 34

2.1.2 L'Attachment Style Questionnaire..... 35

2.1.3 Le Relationship Scale Questionnaire ..... 35

2.1.4 Les Cartes Modèles InteRelationnels ..... 35

2.1.5 L'Inventory of Parents and Peers Attachment ..... 36

#### 2.2 Mesures de la sexualité à l'adolescence ..... 37

2.2.1 L'entretien directif de Cleland ..... 38

2.2.2 L'échelle des attitudes sexuelles..... 38

2.2.3 L'échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque ..... 39

2.2.4 L'échelle de concept de soi sexuel..... 40

2.2.5 L'Intérêts Emotions, Relations sexuelles..... 40

#### 2.3 Mesures de l'estime de soi à l'adolescence..... 41

2.3.1 Le Self-Esteem Inventory ..... 41

2.3.2 Le Rosenberg's Self-Esteem Scale..... 42

2.3.3 Le Physical Self-description Questionnaire ..... 42

#### 2.4 Outils utilisés..... 43

### **3. Procédure ..... 44**

### **4. Statistiques et traitement des données..... 45**

## **III – Résultats des différentes études.....46**

### **1. Etude 1 : Attitudes, comportements sexuels à l'adolescence et communication parentale..... 47**

1.1 Objectifs et méthode de l'étude..... 47

1.2 Statistiques descriptives ..... 48

1.3 Relations entre les attitudes et comportements sexuels, et la communication avec chacun des parents..... 48

1.3.1 Relations entre les attitudes et les comportements sexuels..... 48

1.3.2 Relations entre les attitudes, comportements sexuels, et la communication avec les parents ..... 50

1.4 Discussion .....	50
<b>2. Etude 2 : Sexualité à risque et estime de soi chez le jeune adulte.....</b>	<b>53</b>
2.1 Objectifs et méthode de l'étude.....	53
2.2 Fiabilité des outils .....	54
2.2 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre .....	55
2.3 Relations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles des jeunes adultes .....	56
2.3.1 Relations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles.....	56
2.3.2 Relations entre l'estime de soi corporelle et les conduites sexuelles .....	57
2.4 Discussion .....	59
<b>3. Etude 3 : Validation d'une échelle de sexualité à la <i>prime adolescence</i> et à la <i>late adolescence</i> .....</b>	<b>63</b>
3.1 Objectifs et méthode de l'étude.....	63
3.2 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre à la <i>prime adolescence</i> .....	64
3.3 Validation factorielle du questionnaire à la <i>prime adolescence</i> .....	65
3.4 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre à la <i>late adolescence</i> .....	67
3.5 Validation factorielle du questionnaire à la <i>late adolescence</i> .....	67
3.5 Discussion .....	69
<b>4. Etude 4 : Validation d'une échelle de conduites sexuelles à risque à l'adolescence .....</b>	<b>71</b>
4.1 Objectifs et méthode de l'étude.....	71
4.2 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre .....	73
4.3 Validation factorielle du questionnaire à la <i>late adolescence</i> .....	73
4.4 Discussion .....	76
<b>5. Etude 5 : Maturation pubertaire, sexualité à l'adolescence et estime de soi .</b>	<b>78</b>
5.1 Objectifs et méthode de l'étude.....	78
5.2 Fiabilité des échelles .....	79
5.3 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre .....	79
5.4 Relations entre le développement pubertaire, l'estime de soi et la sexualité à l'adolescence .....	81
5.4.1 Relations entre le développement pubertaire et la sexualité.....	81

5.4.2 Relations entre le développement pubertaire et l'estime de soi.....	81
5.4.3 Relations entre l'estime de soi et la sexualité.....	82
5.5 Discussion .....	82
<b>6. Etude 6 : Attachement, sexualité et estime de soi à la <i>prime adolescence</i> .....</b>	<b>86</b>
6.1 Objectifs et méthode de l'étude.....	86
6.2 Fiabilité des échelles .....	87
6.3 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre .....	88
6.4 Relations entre l'attachement à la mère et au père et la sexualité à la <i>prime adolescence</i> .....	91
6.4.1 Relations entre l'attachement à la mère et la sexualité.....	92
6.4.2 Relations entre l'attachement au père et la sexualité.....	92
6.5 Relations entre l'estime de soi, la sexualité et l'attachement à la <i>prime adolescence</i> .....	93
6.6 Représentation schématique des principaux résultats à la <i>prime adolescence</i> .....	96
6.7 Discussion .....	98
<b>7. Etude 7 : Attachement, sexualité et estime de soi à la <i>late adolescence</i>.....</b>	<b>103</b>
7.1 Objectifs et méthode de l'étude.....	103
7.2 Fiabilité des échelles .....	104
7.3 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre .....	105
7.4 Relations entre l'attachement à la mère et au père et la sexualité à l'adolescence ..	107
7.4.1 Relations entre l'attachement à la mère et la sexualité.....	108
7.4.2 Relations entre l'attachement au père et la sexualité.....	108
7.5 Relations entre l'estime de soi, la sexualité et l'attachement à l'adolescence .....	109
7.6 Représentation schématique des principaux résultats à la <i>late adolescence</i> .....	111
7.7 Discussion .....	112
<b>IV – Discussion générale .....</b>	<b>116</b>
<b>V – Conclusion et perspectives .....</b>	<b>124</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>127</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>i</b>
Résumé en français.....	

Résumé en anglais .....

# I – Introduction théorique

## 1. Attachement à l'adolescence

### 1.1 Théorie de l'attachement

L'importance de la relation mère-enfant dans l'émergence du « Moi » et la construction de la personnalité a été soulignée par Freud (1916). Elle n'a cessé d'être confirmée depuis (Boyer, Strayer, & Ponce, 2005). Les événements dramatiques de la seconde guerre mondiale ont provoqué de nombreuses expériences de perte et de séparation. Leurs conséquences sur le développement a été étudié par Spitz (1946). Il a précisé l'effet de l'interruption brutale de la relation mère-enfant chez les enfants nés en prison. Dans cette même période, Bowlby a débuté ses travaux sur « l'émergence de la théorie de l'attachement primaire » (Bowlby, 1944, 1978) et a commencé à influencer notablement la recherche sur le développement socio-affectif des jeunes enfants. Cette théorie de l'attachement est souvent qualifiée de « grande théorie » socio relationnelle (Boyer et al., 2005). Winnicott (1969, 1975) de son côté a montré que le potentiel maturationnel d'un enfant ne peut s'exprimer que grâce aux soins maternels ; la mère et l'enfant formant un tout. Winnicott et Freud mettent l'accent sur la capacité de la mère à aider son enfant à tolérer les agressions internes et externes, qu'il ne peut supporter seul. Ces différents travaux au sein de la psychanalyse ont fait prendre conscience de la nécessité d'une relation privilégiée mère-enfant (dyade mère-enfant). Ils ont aussi permis de mettre en évidence l'importance du premier lien social chez l'enfant et sa valeur prédictive dans de multiples domaines du fonctionnement psychologique, tout le long de la vie.

Les processus par lesquels les gens développent, maintiennent l'affection au sein des relations intimes ont fait l'objet de nombreuses recherches au cours de ces dernières années. Bowlby (1907-1990) a été pionnier dans ce domaine. Il a cherché à déterminer les mécanismes d'attachement émotionnel des nourrissons à leurs fournisseurs (ou pourvoyeurs) de soins primaires et a mis en évidence des expériences émotionnelles de détresse lorsqu'ils sont physiquement séparés d'eux. Le premier article de Bowlby (1944) dans le *Journal international de psychanalyse* concerne l'influence des relations précoces sur le développement des névroses. L'ensemble de son œuvre a permis de fonder une nouvelle

psychopathologie sur la base de la séparation, la sécurité de l'attachement et ses troubles. La théorie de l'attachement a été proposée ultérieurement par Bowlby (1978) dans une série de trois volumes intitulés *Attachement et perte*. Elle a été concrétisée par les travaux d'Ainsworth et ses collègues (Ainsworth, Blehar, Water, & Wall, 1978). Le fondement de cette théorie repose sur un ensemble de processus psychologiques innés que Bowlby et Ainsworth appellent *le système d'attachement comportemental*.

### 1.1.1 Définition et fonctions de l'attachement

Bowlby, psychanalyste anglais, fut le premier à présenter un modèle cohérent de compréhension du processus par lequel les liens mère-enfant se développent et de leurs fonctions. La théorie de l'attachement est née à la fin des années 50 de la rencontre de la psychanalyse et de l'éthologie, à travers les travaux d'Harlow (1958) et de Lorenz (1935/1957)<sup>1</sup>. Elle s'enrichit ensuite d'autres perspectives, notamment celles de la cybernétique et des sciences cognitives. La théorie de l'attachement intègre ces diverses contributions scientifiques pour proposer un modèle d'interaction affective et comportementale. De la psychanalyse, elle partage avec Winnicott l'idée qu'un nourrisson ne peut survivre et se développer sans qu'une figure parentale ne lui fournisse des soins cohérents et intimes ; soins au cours desquels cette figure s'engage personnellement. De l'éthologie, elle établit que chez l'Homme comme chez l'animal, l'attachement est un besoin primaire, biologiquement déterminé. Bowlby tire de la cybernétique l'idée centrale d'homéostasie, c'est-à-dire que l'être humain maintient son équilibre par une autorégulation en fonction de son environnement.

Les soins sont considérés comme satisfaisants lorsqu'ils correspondent à la fois aux besoins physiologiques et affectifs (Guedeney, Lamas, Bekhechi, Mintz, & Guedeney, 2007; Lamas & Guedeney, 2006; Sameroff & Emde, 1993). Bowlby (1978) insiste sur l'importance des premiers liens interpersonnels entre une mère et son enfant. La fonction du système d'attachement est de procurer à l'enfant la protection nécessaire pour qu'il soit en sécurité. Cette relation précoce entre le nourrisson et sa mère contribue au développement socio-affectif harmonieux, mais peut aussi conduire à des troubles psychopathologiques (Miljkovitch & Cohin, 2007). La théorie de Bowlby insiste sur l'importance de

---

<sup>1</sup> Article original paru en allemand en 1935.

l'établissement d'une relation précoce continue avec sa mère<sup>2</sup> : c'est à partir de cette relation que va s'établir la relation d'attachement et ce qui va la caractériser (Dugravier, Guedeney, & Mintz, 2006; Guedeney et al., 2007; Lamas & Guedeney, 2006; Miljkovitch & Cohin, 2007).

La théorie de l'attachement est née de l'observation des comportements des nourrissons et des jeunes enfants qui ont été séparés de leur principal fournisseur de soins pour des durées variables. En cas de séparation, les enfants manifestent un ensemble de comportements visant le maintien de la proximité avec leur mère : la succion, l'agrippement, la poursuite visuelle et auditive, les pleurs, le sourire et le babillage. Ces schèmes comportementaux permettent la constitution de la relation d'attachement. Ainsi, les comportements d'attachement sont décrits comme étant « *toute forme de comportements qui résulte qu'une personne acquiert et maintient une proximité à une autre personne, qu'il différencie et préfère individuellement, et qui la conçoit habituellement comme étant plus forte ou plus sage* » (Bowlby, 1978, p. 203). Selon Bowlby, ce besoin de contact avec la personne adulte est un besoin humain instinctif auquel la figure d'attachement doit répondre. En fonction de la qualité de cette réponse, l'enfant commence lentement à se créer une image de lui-même et de son environnement (Lamas & Guedeney, 2006; Miljkovitch & Cohin, 2007; Slater, 2007). On parle alors de figure d'attachement pour toute personne qui s'engage dans une interaction sociale animée et durable avec le bébé, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approches (Guedeney & Guedeney, 2002). Cette proximité physique avec la figure d'attachement offre au jeune enfant un sentiment de sécurité à partir duquel l'exploration du monde est possible. Ce système d'attachement est particulièrement activé lorsque l'enfant perçoit un danger ou est confronté à une expérience de vie stressante.

### **1.1.2 Mesures et classification de l'attachement**

La réponse de la mère à l'enfant joue un rôle majeur dans le développement des schèmes d'attachement. Lorsque l'enfant constate que sa figure d'attachement peut répondre de manière adéquate à ses besoins, il déploie des stratégies primaires ; c'est-à-dire des stratégies directement sous-tendues par son système comportemental d'attachement. Dans ces

---

<sup>2</sup> L'emploi du terme de « mère » est entendu dans les travaux sur l'attachement comme un terme générique. Bien que Bowlby réfère souvent à la mère comme figure d'attachement, il précise que cette figure peut être toute autre personne qui fournit les soins à l'enfant et à laquelle il s'attache.

circonstances, l'enfant acquiert une confiance en la disponibilité de sa figure d'attachement et se sent en sécurité. On dira qu'il est *secure*<sup>3</sup>. Toutefois, lorsqu'un enfant s'aperçoit que ces stratégies sont sans effet, il craint de ne pouvoir entrer en contact avec sa figure d'attachement et cette situation lui procure de l'anxiété. On dira alors qu'il est *insecure*. Il va donc mobiliser des stratégies secondaires qui ont pour effet soit d'inhiber son système d'attachement (on parle alors d'enfants *insecurés anxieux-évitants* ou *évitants*), soit de l'hyper-activer (on parle alors d'enfants *insecurés anxieux-ambivalents* ou *ambivalents*) (Miljkovitch & Cohin, 2007).

Il existe donc différentes modalités d'attachement selon les expériences précoces vécues par l'enfant lors des interactions avec sa figure d'attachement. A partir des travaux de Bowlby, Ainsworth et al. (1969; 1978) proposent un dispositif expérimental standardisé, la *Strange Situation*, permettant d'évaluer la qualité d'attachement parental. Il consiste, chez des enfants de 12 mois, en une série d'épisodes de séparation et de retrouvailles avec leur mère (Annexe I, p.ii). Pour déterminer leur style d'attachement, on étudie la façon dont ils ajustent leur comportement à mesure que la tension augmente par la répétition des séquences. Les comportements manifestés, particulièrement lorsqu'ils retrouvent leur mère, dépendent de la manière dont ils ont géré leur stress d'être laissé seul. Quatre caractéristiques permettent d'évaluer la qualité des relations d'attachement: (i) la recherche de proximité, (ii) la base de sécurité<sup>4</sup> (exploration libre en présence de la figure d'attachement), (iii) les comportements de refuge (retour vers la figure d'attachement en cas de menace perçue) et (iv) les réactions vis-à-vis de la séparation (Guedeney & Guedeney, 2002). On observe trois styles d'attachement, qualifiés de *secure* (ou *sécurisé*), d'*insecure ambivalent* et d'*insecure évitant*, correspondant à des relations adaptées ou inadaptées. Les styles d'attachement se trouvent ainsi décrits en termes d'éléments cognitifs et affectifs (Golse, 2007) liés à l'accessibilité et la réactivité de leur figure d'attachement.

La majorité des nourrissons a un attachement *secure*. Ils manifestent une forme de protestation (détresse modérée) lors des séparations avec leur mère, mais expriment un soulagement et une chaleur à leur retour. Ils peuvent affronter les séparations et se réengager de façon positive lors des retrouvailles. Ils sont suffisamment confiants pour pouvoir explorer leur environnement en présence de leur mère (Dugravier et al., 2006; Sameroff & Emde,

---

<sup>3</sup> Nous utiliserons ultérieurement les termes *secure*, *insecure ambivalent* et *évitant* en italique, non accentués et accordés si nécessaire.

<sup>4</sup> Dans le contexte de la théorie de l'attachement, la notion de base de sécurité signifie la confiance dans l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible, et ceci quel que soit l'âge de l'individu. Cette base de sécurité permet à l'enfant d'explorer le monde qui l'entoure (Guedeney, 2002).

1993). Ces éléments ont une valeur prédictive. Ainsi, ils auront tendance à avoir une bonne estime de soi leur permettant de faire appel à autrui lorsqu'ils en auront besoin (Dugravier et al., 2006; Kobak & Sceery, 1988) et de réguler leurs émotions (Guedeney & Guedeney, 2002).

Les autres enfants font face de deux manières différentes aux séparations et retrouvailles. On parle alors d'attachements *insecurés*. (i) Dans le cas de l'attachement *insecure ambivalent*, les nourrissons hyperactivent leur système d'attachement et amplifient les signaux de détresse avec une forte angoisse. Ils présentent des comportements de protestation marquée lors du départ de leur mère, la reconnaissent à son retour et recherchent son contact, en laissant paraître leur colère et en étant difficilement consolables (Dugravier et al., 2006). Ce type d'attachement reflète des relations de soins non personnalisées et des rejets de la part de la mère, en particulier dans les moments où l'enfant exprime clairement ses besoins et désirs (Lamas & Guedeney, 2006; Sameroff & Emde, 1993). (ii) Le second type d'attachement *insecure* est l'attachement *évitant*. Ces enfants semblent peu perturbés par le départ de leur mère, sont froids, voire désintéressés à son retour. Ils mettent en place une attitude active de mépris défensif à son égard lorsqu'elle revient. Ils ne cherchent pas de contact physique ou réconfortant. Ils ne font pas appel à autrui (mère ou expérimentateur) au fur et à mesure que leur stress augmente. Ils ont tendance à masquer leur détresse émotionnelle ou à se sentir invulnérables et à ne pas faire confiance aux autres. Ils essayent de garder le contrôle en inhibant l'activité de leur système d'attachement et en réduisant les signaux de détresse en direction de leur mère lors des retrouvailles (Dugravier et al., 2006). Ces enfants *évitants* présentent fréquemment des comportements que Bowlby a qualifié de « détachement » qui lui évoquent une « autonomie compulsive ».

Le tableau ci-dessous propose un aperçu des comportements mis en œuvre par les enfants dans le protocole de la *Strange Situation* selon les différents styles d'attachement (*secure*, *insecure ambivalent* et *insecure évitant*).

Tableau 1 : Les patterns d'attachement selon Ainsworth d'après Sameroff et Emde (1993).

---

Attachement *secure*

---

- A. Le partenaire procure la confiance de base pour les explorations
    - 1. Se sépare facilement pour explorer les jouets
    - 2. Partage ses affects dans le jeu
    - 3. Admet les étrangers en présence de la mère
    - 4. Est facilement réconforté lorsqu'il souffre
  - B. Recherche active du contact ou de l'interaction lors des retrouvailles
    - 5. S'il y a détresse
      - a. Recherche immédiatement le contact et le maintient
      - b. Le contact apaise efficacement la détresse
- 

Attachement *insecure anxieux/ambivalent*

---

- A. Explorations pauvres
    - 1. Se sépare difficilement pour explorer ; peut avoir besoin du contact, même avant la séparation
    - 2. Prudent face aux situations et aux gens inhabituels
  - B. Apaisement difficile lors des retrouvailles
    - 1. Peut associer la recherche du contact avec la résistance dans le contact
    - 2. Peut juste continuer à pleurer et à se débattre
    - 3. Peut manifester une passivité frappante
- 

Attachement *insecure évitant*

---

- A. Indépendant dans ses explorations
  - 1. Se sépare facilement lors de l'épreuve
  - 2. Partage peu ses affects
  - 3. Admet les étrangers, même lorsque son partenaire est absent
- B. Evitement actif lors des retrouvailles
  - 1. Se détourne, détourne le regard, s'éloigne, ignore
  - 2. Peut associer l'évitement avec la proximité
  - 3. Evitement plus important lors du deuxième retour de la mère
  - 4. Pas d'évitement face à l'étranger

Un autre modèle relationnel a été identifié un peu plus tard par Main et Salomon (1990). Il s'agit d'un attachement *insecure* de type *désorganisé* ou *désorienté*. Les enfants *désorganisés* affichent des expressions ou mouvements incomplets, incohérents, déroutants, ou temporellement désorganisés. Ce type d'enfants peut rechercher une proximité avec le parent à un moment, puis aussi rapidement l'éviter ou résister à ses ouvertures. Selon la méta-analyse de Van Ijzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kraenburg (1999) portant sur 80 études

auprès de nourrissons, la proportion du type d'attachement *secure* serait de 52%, celle de l'attachement *évitant* de 17% , *ambivalent* de 11% et celle de l'attachement *désorganisé* de 20%. Cependant, ce schéma désorganisé est caractéristique des enfants maltraités et relativement rare dans les échantillons tout venant (Carlson, Barnett, Cicchetti, & Braunwald, 1989). Fraley et Waller (1998) n'ont constaté aucune justification psychométrique pour conceptualiser cette nouvelle catégorisation. L'absence de consensus scientifique sur la pertinence de ce quatrième style d'attachement, nous a conduits à retenir le modèle d'Ainsworth.

En résumé, l'enfant développe un modèle sécurisé d'attachement lorsque la figure d'attachement est régulièrement disponible, sensible et réceptive à ses signaux de détresse. Il bénéficie d'un état psychologique ressenti qu'on peut qualifier de « sécurité ». A l'inverse, si la figure d'attachement de l'enfant est incohérente ou indisponible psychologiquement, l'enfant développe des modèles précaires d'attachement qui peuvent influencer ses relations futures. Bowlby affirme dans le second tome d'*Attachement et Perte* que « *le comportement d'attachement* [caractérise] *les êtres humains du berceau à la tombe* » (1978, p. 129). L'attachement construit pendant les années de l' « immaturité » (petite enfance, enfance et adolescence) durerait toute la vie.

### **1.1.3 Modèles internes opérants**

Selon Bowlby (1978), les premières expériences d'attachement sont intériorisées comme des modèles mentaux. Ces derniers servent alors de prototypes pour les relations futures d'un individu (Miljkovitch & Cohin, 2007; Sameroff & Emde, 1993). Au cours de leur développement, les personnes construisent des modèles internes affectifs et cognitifs qui organisent leur personnalité et leurs comportements sociaux (Crittenden, 1990; Slater, 2007). Ce mécanisme est qualifié par Bowlby de *modèles internes opérants* (MIO)<sup>5</sup>. Les MIO sont des représentations mentales du monde, de soi, des autres et des relations aux autres. Ils guident les comportements, mais aussi les sentiments, attention et cognitions des individus (Sameroff & Emde, 1993). En fonction des relations précoces d'attachement, les individus se sentent ou non, dignes d'être aimé et perçoivent les autres comme étant plus ou moins attentifs et sensibles à leurs besoins (Miljkovitch & Cohin, 2007). Les MIO sont utilisés

---

<sup>5</sup>Le concept d'« Internal working models » a été traduit par « modèles internes opérants » ou modèles opérationnels ou encore par schème d'attachement.

constamment et leur influence sur les pensées, émotions et comportements devient en quelque sorte systématique. Ces modèles demeurent ainsi hors du champ de la conscience et ont tendance à persister et rester stables dans le temps.

Dès son plus jeune âge, l'enfant construit des modèles de relations socio-émotionnelles (Sameroff & Emde, 1993). Il se représente les comportements et intentions des autres à la lumière de ce qu'il a connu au sein de sa famille (Crittenden, 1990). Bowlby (1978) précise que « *pour la plupart des individus, le lien avec les parents persiste dans la vie adulte et affecte le comportement d'innombrables manières* » (p. 283). L'organisation des comportements socio-émotionnels découle donc, par le biais des MIO, des relations passées. Il existe une certaine stabilité temporelle des styles attachement dans les relations établies durant l'enfance et l'adolescence (Ammaniti, Ijzendoorn, Speranza, & Tambelli, 2000; P. Zimmerman & Becker-Stoll, 2002). Comme nous le verrons plus tard, les individus tendent à choisir leurs partenaires et à nouer des relations conformes à leurs modèles internes opérants.

#### **1.1.4 Rôle de chacune des figures parentales dans l'attachement**

Le développement psychique de l'enfant dépend de ses relations avec son entourage familial, sa mère mais aussi son père. Néanmoins, la place du père dans sa construction identitaire a mis du temps à être considérée. La théorie de l'attachement a étudié avant tout le lien de l'enfant à sa mère ; lien que Bowlby qualifie de « *monotropie* »<sup>6</sup>. Il défend dans un premier temps l'idée qu'il existe une hiérarchie dans les liens affectifs tissés par l'enfant. La relation avec la figure principale d'attachement, généralement la mère, est la plus déterminante pour son développement (Miljkovitch & Pierrehumbert, 2005). Des auteurs dénoncent cette focalisation sur la dyade mère-enfant en parlant d'une « *logique materniste* » (Le Camus, 2002). Le père fait également partie des figures d'attachement de l'enfant (Lewis & Lamb, 2003), mais de manière secondaire. Ainsworth parle de « *hiérarchie des figures* ». Les styles d'attachement aux deux figures parentales sont généralement semblables (Rosen & Burke, 1999). Pierrehumbert (2003) trouve des proportions équivalentes (environ deux tiers des cas) d'attachement sécurisé à la mère et au père. Il n'existerait pas de différence selon le genre de l'enfant (Rice, Cunningham, & Young, 1997). Pour autant, l'attachement à chacune des figures parentales a une influence propre sur l'enfant (Noël & Cyr, 2009). Chacun des

---

<sup>6</sup> Monotropie : tendance de l'enfant à s'accrocher à une seule figure d'attachement, habituellement la mère. Par la suite, Bowlby reconnaîtra le rôle possible d'autres figures d'attachement notamment celle du père.

parents contribue à sa sécurité et à son autonomie (Boyer et al., 2005; Cupa, 2001). Selon Grossmann et Grossmann (1998), l'attachement à la mère serait lié au besoin de sécurité, alors que l'attachement au père serait lié aux besoins de stimulation et d'exploration. L'enfant aurait autant besoin de sécurisation que de stimulation (Le Camus, 2002; Miljkovitch & Pierrehumbert, 2005).

## **1.2 Attachement et relations psychosociales à l'adolescence**

L'adolescence est une période de crise identitaire et relationnelle qu'il faut articuler avec la théorie de l'attachement. Elle impose des changements majeurs dans les relations aux parents. Le passage à l'adolescence implique une séparation parentale réelle et fantasmatique, et l'investissement de nouveaux objets extérieurs au cercle familial (pairs, partenaires amoureux) (Botbol et al., 2000). Comme nous l'avons vu, la théorie de l'attachement postule qu'une fois les MIO mis en place, une personne a tendance à percevoir les événements à travers son filtre. Les MIO pourraient donc conduire à traiter l'information de façon biaisée, voire à des pathologies psychiques. Les modalités d'attachement précoce influencent les nouveaux liens qu'un individu tisse, y compris dans ses relations amoureuses. Ainsi, nous évaluerons la transposition des modèles d'attachement dans l'établissement de nouvelles relations à l'adolescence, plus particulièrement dans leurs premières interactions sexuelles.

### **1.2.1 Remaniements des attachements à l'adolescence**

L'adolescence va entraîner des modifications importantes sur le plan affectif (interne) et relationnel (externe). Ces modifications vont avoir un retentissement sur le comportement d'attachement de l'adolescent, notamment le fait de renégocier sa position au sein de sa famille, tout en conservant des relations de soutien avec ses parents (Atger, 2002). L'irruption de la sexualité et la sexualisation des liens primaires rendent nécessaire l'exploration de nouvelles relations objectales et la mise à distance des parents. L'évolution des capacités cognitives de l'adolescent, qui accède à la pensée formelle<sup>7</sup>, participe à l'accroissement du travail de différenciation de soi et de l'Autre (Atger, 2007). Ainsi, l'adolescent devient capable de prendre en compte ses besoins et désirs, mais également de ceux de ses parents. Ce

---

<sup>7</sup> L'adolescent peut prendre plaisir à formuler des hypothèses et des spéculations. La pensée est accessible à l'abstraction, libérée du concret.

travail d'autonomisation sociale, cognitive et émotionnelle est une tâche développementale essentielle de l'adolescence (Atger, 2002). Il s'agit de réduire la dépendance, bien que l'attachement aux parents demeure saillant.

Les nouvelles identifications et le passage progressif de la dépendance à la réciprocité (Beinstein Miller & Hoicowitz, 2004) passent par le glissement de l'attachement primaire aux parents vers les pairs, puis le partenaire amoureux (Fraley & Davis, 1997). A cours de l'adolescence, le temps passé avec les pairs et les compagnons de sexe opposé augmente fortement, alors que le temps passé avec les parents diminue ; de 60% entre la classe de cinquième et celle de terminale (Larson, Richards, Moneta, Holmbeck, & Duckett, 1996, cité par Allen et Land 1999). Progressivement, les adolescents s'éloignent de leur parents comme première figure d'attachement et utilisent davantage leurs pairs comme source de soutien et d'intimité (Giordano, 2003). Leur comportement d'attachement peut être également dirigé vers des groupes et institutions (scolaire, de travail, religieux, politique), le plus souvent par l'intermédiaire d'une personne qui occupe une place prépondérante au sein du groupe.

L'autonomie de l'adolescent ne se développe pas en rupture vis-à-vis de ses parents<sup>8</sup>, mais dans le contexte d'une relation proche avec eux, comme le montrent notamment J.P Allen et Land (1999). L'adolescent a besoin d'une base *secure* d'attachement pour développer un sentiment de sécurité interne et soutenir sa prise d'indépendance. Il est alors capable de voir l'ambiguïté de ses liens d'attachement et de décider quelles informations partager avec sa famille et ses pairs. Au début de l'âge adulte, c'est le conjoint qui servira de principale figure d'attachement ; les parents devenant des « figures d'attachement en réserve » (Weiss et Chaumeton, 1992 cités par Guedeney & Guedeney, 2002). Tout en faisant cette transition, les adolescents modifient leurs conceptions et sentiments d'eux-mêmes et explorent de nouveaux comportements, notamment dans la sexualité et la consommation de stupéfiants. Ces conduites qui correspondent à leur développement peuvent représenter des risques pour la santé. Des patterns d'attachement *insecure* pourraient être une voie d'explication de la vulnérabilité à certaines pathologies à l'adolescence.

---

<sup>8</sup> Tous les adolescents ne connaissent pas une période de crise ou « de tempête et de stress » (Offer & Offer, 1975).

### 1.2.2 Attachement et santé psychique à l'adolescence

Selon Dugravier et al. (2006), l'adaptation psychosociale, l'intégration sociale ou encore la santé mentale d'un individu dépendent de la qualité des soins reçus dans la petite enfance. Des relations d'attachement primaire difficiles influencent négativement la capacité à faire face aux situations nouvelles (Cooper, Shaver, & Collins, 1998) et à la perte (Fraley & Bonanno, 2004), tandis que les enfants *secures* présentent de meilleures capacités d'ajustement émotionnel. Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola et Halfon (2003) suggèrent que les deux styles d'attachement *insecure* (*ambivalent* et *évitant*) sont associés à différentes formes de psychopathologie. Les enfants ayant un style d'attachement *ambivalent* présenteraient davantage de troubles « internalisés » (troubles anxieux et dépressif) (Cooper, Shaver et al., 1998; Lapsley, Varshney, & Aalsma, 2000), associés à une faible estime de soi (Bekker, Bachrach, & Croon, 2007; Huntsinger & Luecken, 2004). Ils mettraient en œuvre une hyperactivation des signaux de détresse et d'anxiété. Tandis que les enfants ayant un style d'attachement *évitant* présenteraient davantage de troubles « externalisés » (hyperactivité, troubles des conduites). Ils réprimeront leurs sentiments de rejet et de frustration en exprimant leur colère et leur désarroi par le biais de passages à l'acte. Tous les travaux dans ce domaine ne permettent pas de confirmer complètement ces hypothèses. S'ils mettent bien en évidence des relations entre les styles d'attachement *insecure* et des comportements externalisés (délinquance, violence) ou internalisés (dépression, anxiété, somatisation), ils ne distinguent pas les styles *ambivalent* et *évitant* (J P Allen, Porter, McFarland, McElhaney, & March, 2007; Buist, Dekovic, Meeus, & Van Aken, 2004; Gloger-Tippel, König, & Olaf, 2008; Lorenz, 1967).

Pour Bowlby l'attachement *secure* conduit à un « modèle positif de soi » avec des scores plus élevés d'estime de soi. Si le style d'attachement *ambivalent* s'associe bien à une estime de soi basse, ce ne serait pas le cas du style *évitant* (Bylsma, Cozzarelli, & Sumer, 1997). Pour Rice et al. (1997), le père aurait un impact plus important que la mère sur le bien-être des adolescents ; ce que ne retrouve pas Kenny et Gallagher (2002) pour qui leurs effets seraient similaires. L'attachement au père pourrait être un prédicteur plus fort que l'attachement à la mère pour l'ajustement social et le sentiment d'auto efficacité (Rice et al., 1997).

### 1.2.3 Continuité sur les relations socio-affectives à l'âge adulte

Pour la théorie de l'attachement, les relations socio-affectives adultes sont le reflet de l'attachement primaire aux parents (Hazan & Shaver, 1987). Les MIO (modèles internes opérants) des individus *seures* favorisent le développement des relations interpersonnelles : ils permettent la construction d'une image de soi et des autres positives ; les relations aux autres sont perçues comme gratifiantes. Les personnes ayant un style d'attachement *secure* développent facilement des relations de proximité et de confiance avec les autres. Elles s'engageraient dans des relations stables et craindraient peu d'être abandonnées. A l'inverse, les personnes *inseures* développeraient une image négative d'elles-mêmes et une attitude de méfiance ou de dépendance à l'égard d'autrui. Les relations seraient sources de frustration et d'insatisfaction (Blanchard & Miljkovitch, 2002). Les individus ayant un style d'attachement *ambivalent* auraient des relations de dépendance et de conflits avec les autres. Leurs relations seraient marquées par la peur de l'abandon et de ne pas être aimé (Bogaert & Sadava, 2002). Les individus *inseures évitants* seraient mal à l'aise avec l'intimité, et émotionnellement distants. Ils auraient des difficultés à faire confiance aux autres. Dans cette perspective, on retrouve également chez les adolescents des tendances similaires : l'attachement *secure* favorisant l'autonomie, les bonnes relations avec les pairs et la popularité (J P Allen et al., 2007; Bartholomew & Horowitz, 1991) ; l'attachement *insecure* étant un facteur de difficultés relationnelles. Le style *évitant* est associé à des relations amicales pauvres, limitées dans le temps et de mauvaise qualité (Collins, Cooper, Albino, & Allard, 2002). Le style *ambivalent* affecte davantage la qualité des relations que la quantité (J. B. Miller & Hoicowitz, 2004).

Hazan et Shaver (1987) sont aussi les premiers à avoir souligné que les relations amoureuses des adultes ont des points communs avec les relations d'attachement précoce. Depuis leur article princeps, l'étude de l'influence de l'attachement sur les relations adultes a connu une croissance exponentielle, tant en ce qui concerne les relations de couple (voir par exemple Cohin & Miljkovitch, 2007) que les relations occasionnelles (Pietromonaco & Barrett, 1997). Les adultes *seures* ont tendance à avoir des relations longues, stables et satisfaisantes (Hazan & Shaver, 1987), avec un investissement affectif élevé (Kirkpatrick & Davis, 1994). En revanche, les individus ayant un attachement *insecure ambivalent* craignent d'être trompés par leur partenaire (Schachner & Shaver, 2004), développent des formes de jalousie morbide (Hazan & Shaver, 1987) et des mécanismes qui peuvent favoriser l'installation de violence conjugale (Sharpsteen & Kirkpatrick, 1997). Ils sont moins satisfaits dans leur couple et connaissent davantage de séparations (Collins et al., 2002; Kirkpatrick &

Davis, 1994). Les individus ayant un attachement *insecure évitant* sont peu intéressés par la construction d'un couple, surtout à long terme (Birnie, Joy McClure, Lydon, & Holmberg, 2009).

## **2. Sexualité à l'adolescence, attachement et estime de soi**

### **2.1 Sexualité à l'adolescence**

Seules des perspectives multiples (biomédicale, sociale et psychologique) peuvent rendre compte de la complexité de la sexualité à l'adolescence. Le fait de privilégier des concepts contemporains tels que la santé sexuelle ou les conduites sexuelles à risque, focalisés sur la notion des comportements sexuels, objective une partie du phénomène, résultant de facteurs et processus sous-jacents. C'est pourquoi la prise en compte d'une perspective développementale centrée sur les émotions et cognitions sexuelles en fonction des périodes de l'adolescence complète et donne une perspective constructiviste à l'étude de la sexualité. Les intérêts, attitudes et comportements sexuels sont amplifiés à l'adolescence (Hall, 1904; Moore & Rosenthal, 2006). Les premières décisions relatives à l'activité sexuelle à l'adolescence peuvent être lourdes et influencer sur la santé sexuelle du futur adulte.

#### **2.1.1 Appréhender la sexualité à l'adolescence**

##### **Approches disciplinaires de la sexualité**

Comme objet d'étude, la sexualité intéresse des champs disciplinaires différents qui prennent en compte, de manière complémentaire ou morcelée, les aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Elle demeure une construction à la fois individuelle (relevant de l'intime) et culturelle (soumise à ce titre, aux normes sociales).

L'approche de la sexualité humaine la plus commune est basée sur un référentiel biomédical qui propose une approche en terme de physiologie, d'hérédité ou encore d'influences hormonales (Garcia Werebe, 1980). Cette approche qui a contribué à l'enrichissement des connaissances, comporte néanmoins quelques limites. Tout d'abord, parce qu'elle tendrait à réduire la sexualité à un ensemble de savoirs médicaux et scientifiques privilégiant les organes et leurs fonctions. Ce serait ignorer que même l'appréhension d'une

sexualité biologique se fait à travers un prisme culturel comme le rappellent Ross & Rapp (1981): « *Les seuls faits biologiques de la sexualité ne parlent pas pour eux* ». D'autre part, parce que l'occultation des facteurs psychiques et culturels conduit à l'appréhension d'une réalité corporelle et biologique, qui ne peut rendre compte de la complexité de la sexualité d'un individu.

L'approche sociologique rend compte des relations entretenues entre la culture et la sexualité (Will et al., 2006). Malgré son apparente naturalité du fait qu'elle engage le corps, la sexualité et son expression ne peut pas se produire en dehors de la culture (Halperin, 1989); sexualité et social, sexualité (nature) et culture sont antagonistes et indissociables (Courtois, 1998). Lorsque Jardin (2004) s'interroge: « *le comportement sexuel peut-il être «anormal» ou pathologique s'il ne fait pas souffrir l'individu et s'il n'est pas dangereux pour la société?* », il met en tension deux problématiques sous-jacentes : la frontière et de la définition du normal et du pathologique dans le champ de la sexualité, et la limite entre l'individu (l'intimité) et le groupe (les normes sociales).

Les approches psychologiques et psychanalytiques s'intéressent plus spécifiquement aux mécanismes psychiques mis en jeu dans la sexualité, complétant ainsi l'approche biomédicale. Historiquement, la psychanalyse constitue un courant riche et précurseur, qui a proposé un système explicatif causal de la sexualité. Même si l'on ne se situe pas dans cette perspective d'étude, ses apports pour sa compréhension sont nombreux : de la formation de l'identité sexuelle aux aspects affectifs et conflictuels de la socialisation et de la sexualité à l'adolescence par exemple (Garcia Werebe, 1980). L'intérêt pour des facteurs psychologiques hors du champ de la psychanalyse est plus récent. La plupart des travaux sont situés dans une approche psychosociale ou comportementale. L'étude des comportements sexuels prévaut actuellement, comme nous allons le voir avec les notions de santé sexuelle issue de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de conduites sexuelles à risque découlant de la pandémie du VIH/Sida<sup>9</sup>.

### **Notion de santé sexuelle : apports et limites**

Inspiré par la santé publique, l'OMS propose une définition de la sexualité et de la santé sexuelle. Elle présente la sexualité comme un aspect central de l'individu tout au long de sa vie englobant le genre, l'identité sexuelle et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle,

---

<sup>9</sup> VIH : virus de l'immunodéficience humaine, Sida : syndrome d'immunodéficience acquise

l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction (OMS, 2006). Ses modes d'expressions sont pluriels : pensées, fantasmes, désirs, croyances, attitudes, comportements, rôles et relations. Cette définition de la sexualité ne se limite pas aux seules possibilités reproductives. Cette volonté transparaît dans la construction du concept de santé sexuelle (OMS, 1987).

La notion de santé sexuelle a connu une utilisation croissante dans le domaine de la promotion et l'éducation à la santé et dans les milieux universitaires. L'OMS (1987) la définit comme « *l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour* ». La sexualité dépasse les seuls enjeux de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST<sup>10</sup>) ou des grossesses non désirées. Plus récemment, l'OMS a mis l'accent sur les comportements sexuels responsables (Boyce, Maryanne, Fortin, & MacKinnon, 2003; Hansen, Mann, Wong, & McMahon, 2004) et les droits sexuels (Boyce et al., 2003; Pan American Health Organization, 2000). Deux facettes de la santé sexuelle apparaissent clairement, (i) celle de l'élimination ou la réduction des problèmes de santé concrets (grossesses non désirées, IST, dysfonctions sexuelles), et (ii) celle de la satisfaction personnelle, de la qualité de vie (plaisir...). Elle intègre à la fois les aspects physiques, mentaux et sociaux de la sexualité dans un idéal d'épanouissement.

Le concept de santé sexuelle, dont l'usage est large et généralement non explicité, est parfois dévoyé lorsqu'il est associé à des connotations très diverses. Il est vrai que sa définition et sa compréhension sont encore en évolution et posent certaines questions. Ainsi, il peut conduire à promouvoir un discours normatif en matière de sexualité, en prescrivant ce qui est « légitime sexuellement » (Boyce et al., 2003; Sandfort & Ehrhardt, 2004). De plus, l'utilisation du terme « santé » dans ce concept entraîne un risque de médicalisation de la vie sexuelle (Moulin, 2007). Ces craintes semblent avérées puisque Médico (2005) en observant le corpus empirique des dix dernières années, montre que la majorité des recherches s'appuyant sur le concept de santé sexuelle portaient sur le fonctionnement sexuel (surtout l'excitation masculine), sur les IST dont le VIH/Sida ou encore sur la santé reproductive. Dans cette perspective, les auteurs du rapport sur *Les comportements sexuels en France* (Bajos, Bozon, Ferrand, Giami, & Spira, 1999) critiquent cette tendance à réduire les comportements sexuels à un souci de préservation de la santé ou d'« hygiène sexuelle ». Ils

---

<sup>10</sup> Infections sexuellement transmissibles, anciennement appelées maladies sexuellement transmissibles : maladies se transmettant par des relations sexuelles avec une ou des personne(s) déjà contaminée(s), qu'il y ait ou non pénétration.

défendent des composantes importantes de la sexualité comme le désir de séduire, ou la recherche de l'intimité. Il s'agit à la fois d'éviter une attitude de « rationalité sanitaire » et de voir éclipser la sexualité en tant que pratique sociale et psychique, en dehors de toute perspective psycho-développementale.

### **Notion de conduites sexuelles à risque : apports et limites**

Le concept de conduites sexuelles à risque qui a émergé dans les années 80 partage cette préoccupation pour une sexualité sans risque. Cet intérêt a été essentiellement motivé par une forte demande sociale liée à la pandémie du VIH/Sida qui a justifié une approche épidémiologique de la sexualité à partir du moment où la menace a concerné tous les individus.

Les conduites à risque désignent un ensemble de comportements protéiformes, ayant comme traits communs l'exposition de soi à une probabilité de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en danger. Ces risques peuvent être immédiats (conduite dangereuse, tentative de suicide, consommation de substances illicites, violence, rapports sexuels non protégés) ou différés (tabagisme, alcoolisation chronique) (Assailly, 2003). Les conduites à risque peuvent être catégorisées selon l'importance de l'engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses (Michel, 2001), selon leur caractère auto-agressif ou hétéro-agressif, ou encore selon le niveau de risque (faible versus élevé) (Courtois & Mangeney, 2004; Gonzalez et al., 1994). La tolérance de l'environnement et le contexte social et culturel contribuent à faire varier le niveau, le type et la signification des risques pris (Gilbert et al., 2005; Le Breton, 2002). Les conduites considérées comme risquées par les adultes ne sont pas nécessairement interprétées par les adolescents de cette manière.

Les adolescents peuvent être considérés comme une population à risque. L'« agir », la prise de risque et la conduite à risque sont des modes d'expression privilégiés à l'adolescence. Les conduites agies sont favorisées par des facteurs internes et des facteurs externes ou environnementaux. Les premiers sont liés à la croissance pubertaire, source d'un flottement identitaire et d'angoisse : citons l'accroissement brutal de l'énergie et de la force musculaire, la modification du schéma corporel et de l'image de soi, le débordement pulsionnel, le nouvel équilibre narcissique, les relations objectales ressenties comme potentiellement dangereuses pour le sujet etc. Parmi les facteurs externes favorisant l'agir, figurent le changement de statut social, les rapports que l'adolescent va entretenir avec le groupe familial et avec le groupe des

pairs, l'influence des stéréotypes sociaux, des facteurs culturels et socio-économiques (Marcelli & Braconnier, 1995).

Les relations sexuelles peuvent être l'occasion de nombreuses prises de risque, dans l'utilisation (ou l'absence d'utilisation) des moyens de contraception et de protection contre les IST et le Sida, dans le choix des partenaires, leur nombre, l'association à une consommation d'alcool ou à l'usage de toxiques (cannabis, ecstasy, héroïne...), l'association à la violence agie et subie ou à des actes délictueux etc. Il existe une plus forte prévalence des IST chez les adolescents par rapport aux adultes. En effet, il est estimé qu'un quart des porteurs d'IST sont infectés avant de quitter le lycée (Leigh & Morrison, 1991) et par ailleurs, c'est parmi les 15 à 24 ans que le taux IST est le plus élevé actuellement (Bajos & Durand, 2001). La prévalence du virus VIH est très faible chez les adolescents (< à 0,3%). Mais on estime que dans près de 20% des cas, la contamination aurait eu lieu pendant l'adolescence (Athéa & Alvin, 1997). Actuellement, à l'échelle mondiale un quart des personnes séropositives sont des jeunes de moins de 25 ans (Dehne & Riedner, 2001). La nature même de l'adolescence est probablement peu compatible avec un comportement préventif et contraceptif responsable qui nécessite une prise de conscience aiguë du risque, une capacité à envisager sa sexualité, à l'anticiper et la planifier, avec la mesure de ses actes et de leurs conséquences éventuelles. La sexualité est souvent au contraire vécue comme épisodique et imprévisible. Il peut exister un sentiment d'invulnérabilité par rapport aux risques et il n'est pas toujours aisé d'en parler à ses parents ou à des tiers dignes de confiance.

D'un point de vue purement médical, le pronostic de la grossesse adolescente est bon, mais il semble très défavorable sur l'avenir socio-affectif : interruption de la scolarité, insertion professionnelle compromise, avenir familial incertain (Marcelli, 2000). De la sorte, la maternité adolescente représente pour la mère et pour l'enfant, mais aussi pour le père, des risques indéniables (Barker, 2000). Au niveau national, le taux de grossesses chez les adolescentes est estimé à 24%, soit environ 16 000 grossesses par an (Marcelli, 2000). Ce chiffre est problématique car 89% des adolescentes et 90% des adolescents âgés de 15 à 17 ans ont indiqué qu'ils seraient dérangés ou très dérangés d'être enceinte ou que leur partenaire soit enceinte (Baber, 2005). Parmi les adolescentes enceintes, 75% à 84% indiquent que leur grossesse est non désirée (Warren et al., 1998).

D'autres indices de conduites en matière de sexualité appartiennent à des conduites à risque. Le nombre de partenaires sexuels différents (dans l'année) pourrait constituer un de ces critères. En France, on estime à 12% des garçons et 5% des filles ayant eu cinq partenaires

ou plus sur l'année chez les adolescents de 15 à 18 ans (Ros, 2000). Le multi-partenariat est plus fréquemment associé à une activité sexuelle précoce et des rapports non protégés (Bozon, 1993). Breakwell et Fife-Schaw (1992) considèrent les rapports de type anal comme plus souvent associés à d'autres prises de risques : alcool, drogues, mode de vie favorisant les risques d'infection par le VIH/Sida et d'autres IST (Erickson et al., 1995).

En résumé, les conduites sexuelles à risque à l'adolescence prennent différentes formes: grossesse non désirée, absence d'usage de contraceptifs et de préservatifs, rapports sexuels précoces, multi-partenariat... On peut critiquer une appréhension uniquement « métrique » d'un certain nombre d'études dans ce domaine. Apostolidis (1993, 2000) souligne l'insuffisance d'une approche qui négligerait les dimensions subjectives de la sexualité. Pour comprendre les comportements de l'individu, il faut également prendre en compte des facteurs comme le plaisir et les liens avec le risque : si ce dernier est parfois un obstacle à l'accomplissement de la sexualité, il peut aussi être un additif au plaisir (Bozon, 1993).

L'abord de quelques approches disciplinaires, des notions de santé sexuelle et de conduites à risque a permis d'approcher des enjeux de la sexualité à l'adolescence qui ne peut être réduite à ses dimensions comportementales. Le sens et la construction des conduites, les représentations et cognitions, les sentiments, la dynamique relationnelle impliquée dans le vécu sexuel sont au centre de la question adolescente. La sexualité est « une modalité de la relation » (Jeammet, 2005) ; elle « oblige » à la rencontre avec l'Autre.

## **2.1.2 Dimensions de la sexualité à l'adolescence et développement**

### **Puberté et développement psychosexuel**

La puberté avec ses transformations corporelles est le point de départ du développement psychosexuel à l'adolescence. Les changements pubertaires, se manifestant par le développement des caractères sexuels secondaires (poussée des seins et des poils pubiens par exemple), peuvent s'amorcer avec une grande variété interindividuelle : de l'âge de 8-10 ans pour les plus précoces jusqu'à 14-16 ans pour les plus tardifs. Globalement, le processus pubertaire débute autour de 11-12 ans pour les garçons et 10-11 ans pour les filles et durera entre 4 et 5 ans (Greenberg, Bruess, & Conklin, 2010). Les modifications physiques engendrées vont entraîner de nombreux changements psychosociaux qui vont conduire à une autonomisation vis-à-vis des parents : prise d'indépendance comportementale et découverte

de la sexualité adulte. L'intensification des désirs sexuels déclenche un intérêt accru à l'égard de l'intimité et mène à l'initiation des activités sexuelles (Courtois, Bariaud, & Turbat, 2000). Si le développement pubertaire a une influence sur la sexualité, point sur lequel nous reviendrons, les facteurs culturels et sociaux jouent également un rôle.

Au cours de cette période de l'adolescence, l'affirmation d'une identité sexuée, rendue visible par le processus pubertaire, oblige au renoncement de la bisexualité infantile. L'ensemble des adolescents aura à réaliser ce double travail psychique de distanciation vis-à-vis de la sexualité infantile et d'appropriation d'une sexualité génitale (dite adulte). L'accession à cette dernière passe par le fait de pouvoir disposer de nouvelles potentialités corporelles qui précèdent les enjeux liés à la complémentarité des sexes. L'adolescent accédera progressivement à une maturation relationnelle avec une acceptation de la dépendance affective vis-à-vis d'un partenaire privilégié (Lauru, 2000). Il va s'inscrire dans une relation à un Autre différent de soi (Rolison & Scherman, 2003), avec un réaménagement des investissements narcissiques (qui soutiennent l'estime de soi). La sexualité lui permet de se décentrer émotionnellement de son cercle familial et de se tourner vers d'autres objets d'investissements (affectifs et cognitifs) (Selverstone, 1989).

On distingue généralement trois grandes phases ou stades du développement de la sexualité à l'adolescence caractérisés par des changements comportementaux et sexuels reconnaissables (Haffner, 1998; Shulman & Seiffge-Krenke, 2001). Au début de l'adolescence (*i*) (9-14 ans pour les filles et 11-15 ans pour les garçons), l'expérimentation des comportements sexuels est commune, bien que les rapports sexuels (vaginaux, oraux, ou anaux) soient habituellement limités et rares. Le mode de pensée est souvent encore concret et opératoire (Cafilisch & Duran, 2008) : il est difficile pour ces adolescents d'imaginer les conséquences futures, positives ou négatives, de leurs actes sexuels. Au milieu de l'adolescence (*ii*) (14-16 ans pour les filles et 15-17 ans pour les garçons), la pensée abstraite commence à se développer. L'expérimentation sexuelle est habituelle, et beaucoup d'adolescents ont leur premier rapport. L'adolescent vit des phases de romantisme et d'expérimentation sexuelle, avec des contacts sexuels plus intimes. Les relations sont de courte durée et peu stables. A la fin de l'adolescence (*iii*) (adolescentes de plus de 16 ans et adolescents de plus de 17 ans), le processus de la maturation physique est complet. La pensée abstraite est acquise par beaucoup d'adolescents qui sont capables d'appréhender les résultats et conséquences de leurs comportements sexuels. Ils possèdent des aptitudes accrues d'empathie, partagent et reçoivent l'intimité et définissent des rôles d'adulte. La sexualité est

davantage associée à l'engagement et à la planification de l'avenir. Au cours de ces trois stades, les adolescents acquièrent des valeurs et attitudes sexuelles déterminant leurs comportements à long terme (Barker, 2000).

Les différences physiologiques selon le sexe induisent des différences de perception et de construction de la sexualité. Les garçons valorisent les aspects de puissance corporelle et d'aptitudes fonctionnelles, tandis que les filles privilégient une internalisation de leur questionnement autour d'un corps « conforme » (normes physiologiques et sociales). Pour les garçons, la réassurance physiologique est assurée par la condensation entre « érection/éjaculation/fertilité » et la visibilité des organes. La crainte de la fertilité ne se pose pas. Ils se questionnent plutôt sur leur normalité psychique, d'autant plus que les scénarii érotiques à ces âges peuvent les surprendre ou les inquiéter (fantasme homosexuel par exemple) (Haffner, 1998; Marcelli, 2000). Pour les adolescentes, au contraire le questionnement sur la normalité fonctionnelle reste entier ; cette dernière ne pouvant pas être constatée *de visu*. L'absence initiale du plaisir orgasmique peut renforcer ces craintes (Haffner, 1998; Marcelli, 2000).

### **Dimensions comportementales et affectives du développement psychosexuel**

L'entrée dans la sexualité des adolescents est un marqueur important du développement adolescent (Meschke, Bartholomae, & Zentall, 2002) qui peut conduire à des risques sexuels : grossesses non désirées, IST (Boyce et al., 2003; Dehne & Riedner, 2005). La sexualité peut être appréhendée comme une suite de stades ou dimensions qui doivent mener à des relations de type adulte.

Il existe un gradient global du développement psychosexuel : les conduites sexuelles s'ordonnent en une succession d'étapes depuis les premières sorties (« *dating* ») jusqu'aux rapports d'intimité physique partagée (qu'il y ait ou non de relations sexuelles). La séquence des comportements sexuels à l'adolescence commence avec les baisers, suivent les explorations (caresses des organes sexuels, seins...) et le premier rapport sexuel (Mareau & Sahuc, 2005; Porter, Oakley, Guthrie, & Killion, 1999). Le premier flirt contribue au jeu de la séduction, aux cérémonials de parade et aux attitudes « donjuanesques ». Ces premières rencontres amoureuses s'inscrivent dans une relation de type narcissique, de réassurance. L'âge au premier baiser tend à devenir de plus en plus précoce, aux alentours de 13 ans (Mareau & Sahuc, 2005; Winaver, 2002). Ce baiser relève du rite d'initiation et contribue au développement de scénarii sexuels (Medico & Lévy, 2005). Il peut être conçu comme (*i*) une

expérience ou un marqueur social dans le groupe des pairs ou comme (ii) un acte intime et amoureux. Les premières caresses non génitales se font quelques mois plus tard : 15 ans et 7 mois chez les garçons contre 15 ans et 11 mois chez les filles (Winaver, 2002). Ces expériences permettent d'explorer le corps du partenaire, de ressentir ses « premiers émois sexuels » et d'obtenir des indications en vue d'une sexualité plus poussée. L'engagement dans des rapports sexuels intervient ensuite.

Aux Etats-Unis, différentes études s'accordent sur des taux d'activité sexuelle proches de 13 % des élèves âgés de 14-15 ans, 47 % des élèves 15-16 ans, 52 % de lycéens de 16-17 ans, et 62 % des étudiants de 17-18 ans (Baber, 2005). En France, ces chiffres sont respectivement de 16% et 20%, 39%, 47% et 56% (Godeau, Grandjean, & Navarro, 2005; Perrin-Escalon & Hassoun, 2004). Ainsi, la moitié des jeunes de 15 ans à 19 ans a déjà un rapport sexuel (de type vaginal) ; 53 % d'entre eux a été masturbé par une femme et 49 % pratiqué une sexualité orale. Chez les 15-25 ans, le taux d'activité sexuelle atteint près de 70% (Bajos & Durand, 2001). A partir de 18 ans, les relations hétérosexuelles sont régulières pour 33% des garçons et 38% des filles (Ros, 2000). L'activité sexuelle à l'adolescence demeure donc sporadique pour devenir plus régulière avec l'âge.

Le vécu et l'empreinte de ces premières expériences sexuelles, parfois ressenties comme intrusives, ne doivent être ni banalisés, ni dramatisés. Elles peuvent influencer la vie affective, surtout lors de son initiation, même si une première relation insatisfaisante n'engendre pas forcément une vie sexuelle ultérieure difficile. La trace mnésique laissée par ces expériences peut agir à long terme dans les représentations fantasmatiques (Upchurch, Levy-Storms, Succoff, & Aneshensel, 1998). Chez l'adolescent, le premier rapport sexuel suscite de nombreuses interrogations et inquiétudes qui relèvent la plupart du temps d'un décalage entre la réalité anatomique, physiologique, et les représentations mentales qu'il se fait de son corps et de son fonctionnement. De même, si les expériences homosexuelles sont relativement fréquentes au moment de l'adolescence (3 à 5%) (Jaspard, 1997), elles n'engagent pas nécessairement le choix définitif de l'objet amoureux. La plupart du temps, elles ne font que prolonger la bisexualité psychique durant la période de structuration de l'identité sexuelle.

L'entrée dans la sexualité est étroitement liée au degré de maturation et de bien-être des adolescents. Ils peuvent utiliser la sexualité pour compenser d'autres problématiques. Ainsi, au cours de l'adolescence, mais aussi durant toute la vie, la sexualité peut être employée comme une manière d'exprimer et de satisfaire des besoins non sexuels (Rabusic &

Kepakova, 2003). Par exemple, la sexualité peut être mise en œuvre de façon désaffectivée, voire mécanique. Elle est alors transformée en acte purement opératoire et fonctionnel, pratiqué comme une fin en soi, que Jeammet (2005) qualifie de « fonctionnalisation de l'acte sexuel ». L'engagement dans la sexualité résulterait dans cette perspective d'une « solution corporalisée » à des problématiques de mal être psychique (Thériault, 2006). Cette dernière parle alors de sexualité « clivée de toute dimension d'intimité ». D'autres adolescents peuvent refuser totalement la sexualité. Les conditions émotionnelles et affectives dans lesquelles elle s'effectue, est un indicateur de la « maturité sexuelle et psychique ». Avoir des relations sexuelles fondées sur l'amour et l'intimité est l'enjeu majeur de la transition vers le développement adulte.

Au-delà de l'engagement comportemental dans la sexualité, la place de l'affectivité dans les expérimentations sexuelles doit être soulignée. Thériault (2004) montre que la construction de l'intimité dans les relations amoureuses suit un processus en deux temps. Tout d'abord, les adolescents se focalisent sur leur corps devenu sexualisé et sur celui du partenaire. C'est l'étape de l'exploration des réactions corporelles et des érotismes qui répondent aux besoins sexuels de l'adolescent. Cette phase serait une période de « pré-attachement » (Mintz, 2002), et ne convergerait pas dans premier temps avec le besoin d'intimité (Thériault, 2006). Le lien d'attachement n'existerait pas encore, mais la nature des relations (les baisers, les œillades prolongées, les relations sexuelles) favoriserait le développement d'un lien d'attachement ultérieur. Ceci n'est valable que si le but du flirt n'est pas uniquement la satisfaction sexuelle. Ce n'est qu'après cette période d'exploration, plus ou moins longue, que les partenaires franchissent la seconde étape : celle de l'intimité sexuelle ou érotique. Ici, la proximité physique n'est plus motivée uniquement par l'attrance sexuelle, mais par la recherche d'une intimité plus générale, qui est source de sécurité. McCabe (2005) note cette augmentation claire du désir d'intimité sexuelle avec la durée de la relation. La sexualité n'est plus une fin en soi, mais un moyen pour approfondir la relation (Thériault, 2004). Les échanges concernent le partage des émotions ; chacun devient un support émotionnel pour l'autre (Mintz, 2002).

Diamond (2003) et Gonzaga, Turner, Keltner, Campos & Altemus (2006) indiquent que le désir sexuel et l'amour romantique sont fonctionnellement indépendants, tout en étant complémentaires. L'amour et le désir sexuel seraient donc deux états distincts, chacun régit par des systèmes socio-comportementaux différents. Cependant, ils sont complémentaires, car ils contribuent à la création des liens de couple et à la reproduction. En effet, si l'on étudie

séparément l'amour et la sexualité, c'est bien souvent pour mettre en valeur l'effet néfaste d'une dissociation des deux. Ainsi, Cooper et al., (1998) étudient les motifs évoqués pour avoir des rapports sexuels et leur relation avec l'engagement sexuel. Les relations qui se déroulent dans le seul but de satisfaire un plaisir physique sont plus souvent associées à des rapports sexuels non protégés et à des partenaires sexuels à risque (nombreux partenaires, rapports sexuels avec des inconnus). Gebhardt, Kuyper et Greunsven (2003) décrivent quatre motivations pour avoir des rapports sexuels: (i) pour plaire à l'autre ; (ii) pour améliorer l'estime de soi ; (iii) pour ressentir du plaisir et (iv) pour exprimer l'amour. Ils constatent que les adolescents qui ont des relations sexuelles pour plaire à l'autre ou améliorer leur estime de soi ont plus de partenaires occasionnels. L'absence d'investissement émotionnel, de recherche de l'autre dans la sexualité, s'associe davantage à la prise de risques sexuels. On pourrait éventuellement discuter ces résultats du fait de l'existence de limitations dans leurs applications à l'adolescence (échantillon de jeunes adultes et actifs sexuellement).

La relation entre engagement sexuel et sentiment amoureux diffère selon le genre à l'adolescence : le sentiment n'occupe pas la même place dans l'initiation sexuelle (Bozon, 1993). Soixante pour cent des filles ont des rapports sexuels par amour contre 40% des garçons (Winaver, 2002). Ces derniers perçoivent l'initiation sexuelle comme une expérience à part, sans la nécessité d'un investissement sentimental (Bozon, 1993; Bozon & Heilborn, 1996). Les filles en revanche refusent, dans la majorité, de n'y voir qu'une initiation personnelle. Pour elles, le moment du premier rapport est lié au désir d'une relation partagée et durable, d'un engagement amoureux. Chez les adolescentes, un lien s'établit entre sentiment, couple et sexualité (Bozon, 1993). Dans l'expérimentation de la sexualité, il existe donc une tendance chez les jeunes hommes à valoriser plutôt les aspects d'initiation et d'expérience, alors que pour les jeunes femmes, le franchissement de cette étape est nécessairement associé à un engagement affectif fort (Hodžić & Bijelić, 2003; Meier, 2007).

L'entrée dans la sexualité est toujours considérée comme un moment décisif du parcours individuel et de la construction de soi, même si cette étape est interprétée différemment selon les cultures. L'adolescence est le temps de l'exploration, de la découverte et de la mise en place de la sexualité. Dans cette perspective, ce travail s'intéresse aux investissements sentimentaux qui prévalent à l'engagement dans la sexualité et à la précocité du premier rapport sexuel. Il ne s'agit pas de désapprouver tous les comportements sexuels des adolescents, mais de considérer que leur engagement au début ou milieu de l'adolescence

peut avoir des conséquences psychosociales négatives, lorsqu'ils ne sont pas caractérisés par l'affection et le partage (Ciairano, Bonino, Kliewer, Miceli, & Jackson, 2006).

### **Engagement précoce dans la sexualité et sexualité à risque**

La majorité des individus deviennent sexuellement actifs au cours de leur adolescence qui est la période la plus rapide du développement sexuel humain. Du fait que les étapes maturatives sont à peine engagées, la période de la *prime adolescence* est peu propice aux relations sexuelles (B. C. Miller & Moore, 1990) et à risque (Doljanac & Zimmerman, 1998; Meschke et al., 2002). Cette période est aussi celle où les adolescents, particulièrement les garçons, mettent en œuvre des comportements problématiques en lien avec le travail d'identification et d'autonomisation psychique : affirmation de Soi, « anti-conventionalité », etc. (Costa, Jessor, Donovan, & Fortenberry, 1995). L'activité sexuelle peut être inaugurée trop précocement et/ou dans un contexte inapproprié. Elle peut être alors associée à une grande insécurité (Houssier, 2003).

La relative stabilité dans le temps de l'âge d'entrée dans la sexualité (aux alentours de 17 ans) masque le fait qu'elle peut commencer plus précocement pour certains adolescents. Aux Etats-Unis, environ 33% des garçons et 20% des filles ont eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans, ce qui est plus élevé qu'il y a 10 ans (Ros, 2000). En France, 31% des garçons et 17% des filles ont eu leurs premiers rapports à l'âge de 15 ans ou avant (Uzan, 1998). Parmi les jeunes français déclarant avec eux des rapports sexuels à l'âge de 15 ans ou avant, 30,8 % des répondants dit avoir eu leur premier rapport à 13 ans ou avant, 46,2 % à 14 ans et 23 % à 15 ans (Godeau et al., 2005).

Les relations sexuelles avant l'âge de 15 ans sont communément jugées comme prématurées (Lammers, Ireland, Resnick, & Blum, 2000; Leitenberg & Saltzman, 2000; Zimmer-Gembeck & Helfand, 2008). Toutefois, certains auteurs considèrent uniquement le coït comme prématuré (Zabin & Hayward, 1993) alors que pour d'autres, tous les comportements sexuels sont problématiques (Billy, Landale, Grady, & Zimmerle, 1988). Dans ce travail, nous considérons comme précoce des rapports sexuels ayant eu lieu à 15 ans ou moins. La loi française considère qu'avant cet âge, un individu n'est pas en mesure de consentir librement à une relation sexuelle, ni d'exercer un choix de façon libre et éclairée, c'est-à-dire en pleine conscience des risques et des modifications corporelles et psychiques qu'implique l'acte. Les articles 227-25 et 227-27 du Code pénal font la différence dans les

sanctions concernant les atteintes sexuelles selon que le mineur a atteint l'âge de 15 ans ou non.

La précocité du premier rapport sexuel est influencée par de multiples facteurs, tels les relations interpersonnelles, la perception bénéfiques/risques (Michels, Kropp, Eyre, & Halpern-Flescher, 2005; Ott, Pfeiffer, & Fortenberry, 2006), l'environnement (Forste & Haas, 2002), la maturation pubertaire (Courtois et al., 2000; Ott et al., 2006) ou encore les croyances religieuses (Ott et al., 2006). La précocité de l'engagement sexuel est corrélée avec la consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac et drogues) (Santelli et al., 2004; Whitbeck, Yoder, Hoyt, & Conger, 1999), les idées suicidaires (Lammers et al., 2000), la violence, la dépression (Whitbeck et al., 1999) ou encore une faible estime de soi (Beyers, Loeber, Wikström, & Stouthamer-Loeber, 2001; Billy et al., 1988; Godeau et al., 2008; Leitenberg & Saltzman, 2000; Meier, 2007).

Les adolescents sexuellement précoces s'engagent plus souvent dans des comportements sexuels dits à risque comme des rapports sexuels non protégés (Godeau et al., 2008), des antécédents de grossesse ou d'IST, des partenaires multiples, des partenaires à risque, ou encore l'usage de stupéfiants au cours des rapports sexuels (Lammers et al., 2000; Leitenberg & Saltzman, 2000; O'Donnell, O' Donnell, & Stueve, 2001; Wellings et al., 2001). Une recherche sur les attitudes sexuelles (Wellings et al., 2001) montre que plus le premier rapport sexuel est précoce, plus les répondants expriment de regrets concernant le moment de cette première fois. Parmi ceux qui ont expérimenté leur premier acte sexuel entre 13 et 14 ans, 84% des femmes et 42% des hommes le regrettaient à l'âge adulte. Bozon (1993) montre que la précocité sexuelle est clairement associée à certains traits de parcours individuel à l'âge adulte ou ultérieur: *(i)* une adolescence riche en rencontres et en partenaires sexuels ; *(ii)* une vie conjugale comprenant plus souvent de séparation ou de divorce, *(iii)* une vie sexuelle plus active, aussi bien dans les périodes de couple que de vie seule. Il montre également qu'en cas de premiers rapports précoces, les individus ont tendance à considérer la sexualité comme relativement dissociée des sentiments. Au contraire, une entrée plus tardive dans la sexualité est associée à une vie conjugale plus stable et à un nombre de partenaires restreint, limité à des personnes dont on est amoureux.

## **2.2 Sexualité, attachement et estime de soi à l'adolescence**

Il y a peu de travaux mettant en lien la qualité de l'attachement aux parents et les relations sentimentales et expériences sexuelles à l'adolescence. Or, l'engagement dans la sexualité permet à la fois la satisfaction des nouveaux besoins d'attachement, de sécurité et la satisfaction des besoins sexuels (Thériault, 2004). Cette phase des relations sentimentales et sexuelles pourrait être profondément guidée par la qualité de l'attachement. Il serait souhaitable que l'expérimentation de la sexualité se fasse dans un contexte d'intimité amoureuse. Ce qui sera peu probable dans le cas d'adolescents qui rapportent une histoire d'attachement précaire. On peut en effet légitimement penser que les MIO des personnes *insecurés* induisent le plus souvent une faible estime de soi et une crainte des relations socio-affectives, deux facteurs important dans l'établissement des relations amoureuses et sexuelles.

### **2.2.1 Sexualité à l'adolescence et estime de soi**

L'estime de soi se définit comme le sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, le sentiment qu'il se fait de sa valeur personnelle (James, 1890; Rosenberg, 1979). Il s'agit d'un jugement évaluatif reposant sur une comparaison entre l'individu réel et l'individu idéal, entre ce qu'il est et ce qu'il voudrait être (Harter, 1994; Knox, Funk, Elliot, & Bush, 1998). Ce jugement peut porter sur différents domaines de soi (scolaire, sociale, physique...). Un modèle de construction sociale (Cooley, 1902), opposé à ce modèle cognitif et évaluatif, envisage le concept de soi selon une perspective plus sociologique. L'image que l'on se fait de soi s'élabore à partir des représentations que l'on se fait du jugement que notre entourage porte sur nous. La conception que l'on se fait de soi naît de l'interaction sociale (miroir social).

L'estime de soi se construit dès la première enfance, mais il existe une phase de réinvestissement important à l'adolescence (Guillon & Crocq, 2004), avec une détérioration au cours de cette période (M. Zimmerman, Copeland, Shope, & Dielman, 1997), plus marquée chez les filles (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Knox et al., 1998). La diminution de l'estime de soi pendant l'adolescence jusqu'aux âges de 23-25 ans (Baumeister et al., 2003) peut être attribuée aux changements cruciaux et stressants (pubertaires, cognitifs, sociaux, psychologiques ou scolaires) qui interviennent au cours de la transition de l'enfance à l'adolescence, puis à l'âge adulte.

L'estime de soi est fréquemment considérée comme un indicateur principal de bien-être psychologique, au moins dans la culture occidentale (Baumeister et al., 2003; Dutton & Brown, 1997). Les sujets ayant une faible estime de soi s'engagent plus fréquemment dans une sexualité risquée avec des attitudes négatives envers l'usage du préservatif, son absence d'usage, des rapports sexuels précoces, des partenaires multiples et un risque accru de grossesses non planifiées (Boden & Horwood, 2006; Diclemente et al., 2006; Ethier et al., 2006; Gullette & Lyons, 2006; Salazar et al., 2004; Wild, Flisher, Bhana, & Lombard, 2004). Toutefois, ces associations entre une faible estime de soi et le statut de grossesse ou le risque d'IST ne sont pas toujours retrouvées (Ethier et al., 2006; Salazar et al., 2005). Pour Ethier et al., (2006), Whitbeck, Yoder et al., (1999) ou Salazar et al., (2004) une haute estime de soi est prédictive des rapports sexuels plus tardifs, alors que d'autres auteurs l'associent à la précocité du premier rapport sexuel (Wild et al., 2004).

La construction de modèles multidimensionnels hiérarchiques de l'estime de soi permet de rendre compte des multiples sources (scolaire, sociale, émotionnelle et physique), qui alimentent le niveau global d'estime de soi (Byrne & Shavelson, 1986; Marsh, 1990). Un des éléments de cette structure à facteurs multiples est le domaine corporel (ou physique)<sup>11</sup>. Cette estime de soi corporelle est définie comme «*l'ensemble des perceptions, pensées et sentiments d'une personne au sujet de son corps*» (Grogan, 1999). L'aspect corporel occupe une place importante dans l'organisation psychique individuelle puisque le corps fournit une interface essentielle entre l'individu et le monde (Maïano, Ninot, & Bilard, 2004). A l'adolescence, le corps est vécu comme intermédiaire dans la relation aux autres et l'attention du jeune se centre sur lui (examen du corps, inspection qu'on peut mettre en parallèle avec une certaine introspection psychique). Le sujet adolescent en attend les changements, surveille leur apparition, les évalue en comparaison aux autres et toutes les dysharmonies passagères peuvent s'accompagner d'inquiétudes. L'estime de soi corporelle est centrale dans la définition de soi des adolescents et des jeunes adultes : le corps est le facteur prédictif le plus fort de l'estime de soi à ces âges (Davidson & McCabe, 2005; Delignières, Fortes, & Ninot, 2004; Frost & McKelvie, 2004).

A l'adolescence, l'estime de soi corporelle est plus problématique chez les filles. Elles exposent un plus grand investissement de leur corps mais également une plus grande insatisfaction (corporelle et apparence) que les garçons (Asci, 2002; Hargreaves & Tiggeman,

---

<sup>11</sup> En l'absence d'études empiriques opérationnalisant cette distinction, la plupart des auteurs utilisent les termes corporel ou physique de manière interchangeable.

2006; Hubley & Quinlan, 2005; Moreno & Gimeno, 2005). Le sentiment d'efficacité corporelle des filles dépend davantage du sentiment d'attrait (regard des autres) (Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Paxton, 2006; O'Dea, 2006). L'expérience pubertaire éloigne les adolescentes de l'idéal corporel sociétal: la croissance staturo-pondérale entraîne une modification de la silhouette qui éloigne la morphologie féminine du standard social de la minceur (modèle ectomorphe) (Cash, 2005). Les garçons peuvent également souffrir de perturbations de l'estime de soi corporelle (Cohane & Pope, 2000; Kostanski, Fisher, & Gullone, 2004; Mendelson, White, & Mendelson, 1997). Ces derniers se focalisent plus sur la taille et la musculature plutôt que sur le poids (Halliwell & Dittmar, 2003). La force musculaire et la puissance qui découlent du processus pubertaire rapprochent les garçons des représentations sociales de la masculinité.

L'intimité physique expose le corps à l'exploration, et potentiellement au jugement (Gillen, Lefkowitz, & Shearer, 2006). Les principales recherches sur l'estime de soi corporelle et la sexualité sont centrées sur l'expérience sexuelle générale (âge au premier rapport sexuel, niveau et type d'activité sexuelle). Les résultats suggèrent que les individus ayant une faible estime de soi corporelle rapportent moins d'expériences sexuelles (Gillen et al., 2006; Wiederman & Hurst, 1998), moins de satisfaction sexuelle (Newman, Sontag, & Salvato, 2006) et moins de confort avec la sexualité (Weaver & Byers, 2006).

### **2.2.2 Attachement et sexualité**

Avant d'aborder l'attachement parental, soulignons l'importance de la famille (type de familles, qualité des interactions parents-enfants) parmi les facteurs influençant l'engagement dans la sexualité des adolescents. Une structure familiale solide et des liens familiaux positifs, surtout à la mère, sont toujours associés à un premier rapport sexuel plus tardif (Jordhal & Lohman, 2009; Karofsky, Zeng, & Kosorok, 2000; McNeely et al., 2002). Les relations entre les styles d'attachement et la sexualité ont été explorées par différents auteurs essentiellement auprès d'adultes. Il existe peu d'études auprès des adolescents en dehors de celles de Feeney et al., (2000) et de Tracy et al., (2003) qui interrogent des adolescents âgés en moyenne de 18 ans pour les premiers et de 13 à 19 ans pour les seconds.

L'attachement *secure* est lié à une plus grande satisfaction sexuelle (Collins & Read, 1990; Davis, Shaver, & Vernon, 2004) et à moins d'addiction sexuelle (Zapf, Greiner, & Carroll, 2008). Les adultes ayant un attachement *secure* connaissent davantage d'émotions

positives dans leurs relations sexuelles que les individus *insecur*es (Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath, & Orpaz, 2006; Gentzler & Kerns, 2004; Tracy et al., 2003). Elles ont également des activités sexuelles restreintes et des relations plus proches, qui les conduisent généralement à un engagement sexuel plus tardif (pour les femmes) et à long terme (Bogaert & Sadava, 2002; Paul, Fitzjohn, Herbison, & Dickson, 2000; Schachner & Shaver, 2004). On retrouve ces mêmes tendances chez les adolescents. Chez eux, la relation sexuelle permet d'exprimer son amour (Feeney et al., 2000; Tracy et al., 2003) et un adolescent *secure* peut ainsi combiner ses besoins sexuels avec ses besoins de sécurité.

Les adultes ayant un style d'attachement *ambivalent* se caractérisent par davantage d'activités présexuelles tel que les caresses, les baisers, les flirts (Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Davis et al., 2004). En revanche, ils rapportent moins de communication et satisfaction sexuelle : surtout chez les femmes (Birnbaum, 2007; Davis et al., 2006; Feeney et al., 2000). Leur insécurité peut les pousser à avoir des rapports sexuels sous la pression ou par crainte d'être abandonné par leur partenaire (Davis et al., 2006; Feeney et al., 2000; Tracy et al., 2003). L'investissement affectif de la sexualité est important : les personnes ayant un attachement *ambivalent* trouvent plus de plaisir dans les aspects intimes et affectifs de la sexualité que dans ses aspects génitaux (Birnbaum et al., 2006). Tracy et al., (2003) ont également retrouvé cette tendance chez les adolescents. Ils ont plus précocement et plus souvent des relations sexuelles, surtout les filles. L'attachement *ambivalent* s'associe à des rapports sexuels non protégés plus fréquents et à la prise de stupéfiants au cours des relations sexuelles (Feeney et al., 2000). Les relations entre attachement *ambivalent* et sexualité différent selon le genre pour d'autres aspects. L'attachement *ambivalent* chez la femme est associé aux aventures extraconjugales et des pratiques telles que le voyeurisme ou l'exhibitionnisme (E. S. Allen & Baucom, 2004; Bogaert & Sadava, 2002; Feeney et al., 2000). Elles sont plus susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles précoces (Bogaert & Sadava, 2002; Cooper, Shaver et al., 1998; Gentzler & Kerns, 2004). Au contraire, chez les hommes, l'attachement *ambivalent* est parfois lié à un âge plus tardif au premier rapport sexuel (Gentzler & Kerns, 2004) et à moins d'engagement sexuel (Davis et al., 2004). L'attachement *ambivalent* réduirait la confiance sexuelle des hommes, alors qu'il causerait chez les femmes un engagement sexuel dans le but d'obtenir l'affection de leur partenaire (Tracy et al., 2003).

Les adultes ayant un attachement *évitant* se caractérisent par un détachement émotionnel dans leur sexualité. Ils envisagent plus fréquemment des relations sexuelles en

l'absence de sentiment (Birnbaum et al., 2006; Davis et al., 2006) et tombent moins souvent amoureux (Collins et al., 2002). Ce style d'attachement est associé à l'évitement de l'intimité ou de la dépendance, soit en évitant toute activité présexuelle et sexuelle (Birnbaum, 2007; Birnbaum et al., 2006; Brassard, Shaver, & Lussier, 2007; Davis et al., 2004; Davis et al., 2006) soit en multipliant les relations superficielles et de courte durée (Cooper, Shapiro, & Powers, 1998; Cooper, Shaver et al., 1998; Davis et al., 2006; Feeney, Noller, & Patty, 1993; Gentzler & Kerns, 2004; Paul et al., 2000). On retrouve ces mêmes caractéristiques à l'adolescence (Tracy et al., 2003). Lorsque les adolescents *évitants* commencent à avoir des rapports sexuelles, ils le font pour perdre leur virginité ou impressionner leurs pairs (Tracy et al., 2003). Contrairement aux individus *insecurés ambivalents*, les adolescents ayant un attachement *évitant* ne présentent pas plus de conduites sexuelles risquées (Feeney et al., 2000).

### **2.2.3 Sexualité à l'adolescence, attachement et estime de soi**

Nous avons vu que les relations entre sexualité et attachement rendent compte du type d'engagement sexuel ou de sexualité mise en place. Les cognitions et émotions en lien avec les styles d'attachement peuvent avoir également un impact sur les expériences sexuelles à l'adolescence. Nous savons que l'estime de soi qui est aussi liée à la qualité d'attachement chute à l'adolescence et qu'elle intervient comme variable médiatrice dans les comportements de santé (Huntsinger & Luecken, 2004). Les individus ayant un attachement *secure* ont une meilleure estime de soi et présentent plus de comportements de santé que les *insecurés*. Les individus avec un style d'attachement *ambivalent* ont une faible estime de soi et présentent davantage de conduites à risque. Cela suggère une forte interdépendance entre la qualité des relations parentales, l'estime de soi et les conduites à risque. Cependant, cette étude n'a pas investigué la sphère de la sexualité. Seuls Gentzler et Kerns (2004) proposent une étude testant cette hypothèse en se focalisant sur les liens entre le style d'attachement *ambivalent*, la satisfaction sexuelle et l'estime de soi chez les adultes. Ces résultats ouvrent des perspectives intéressantes, car ils mettent en évidence un effet médiateur de l'estime de soi dans la relation entre l'attachement *ambivalent* et des affects négatifs au cours des relations sexuelles. Aussi, ce travail étudiera plus particulièrement le rôle joué par l'estime de soi sur les relations entretenues entre le style d'attachement parental et les expériences sexuelles à l'adolescence.

## Problématique et hypothèses

Cette étude explore les liens entre les différents styles d'attachement et les émotions et intérêts associés à l'engagement sexuel à l'adolescence. La théorie de l'attachement montre que les différents styles d'attachement affectent la façon dont une personne interagit et utilise la sexualité. Il s'agit de comprendre comment à l'adolescence les styles d'attachement influencent la sexualité dans ses dimensions émotionnelles et comportementales. Dans ce travail, le premier objectif est d'examiner la façon dont l'attachement à chacun des parents est lié aux expériences sexuelles (émotions, intérêts et engagement sexuel) à l'adolescence. Afin de tenir compte de la maturation pubertaire, cognitive et émotionnelle qui se produit au cours de l'adolescence, nous proposerons, à partir d'hypothèses communes, une analyse différenciée à deux phases de l'adolescence (la *prime adolescence* et la *late adolescence*).

La première hypothèse (*H1*) est que les adolescents ayant un attachement *insecure* présentent des différences d'engagement et d'implication émotionnelle dans leur sexualité par rapport aux adolescents *secures*.

Avec plus précisément :

- (*H1.1*) Les adolescents *secures* s'engagent moins précocement dans la sexualité, privilégient une sexualité plus sentimentalisee et moins risquée que les autres.
- (*H1.2*) Les adolescents *insecur*es *ambivalents* s'engagent plus précocement dans la sexualité et avec plus de risques.
- (*H1.3*) Les adolescents *insecur*es *évitants* présentent plus souvent un évitement de la sexualité ou privilégient une sexualité dénuée de sentiments.

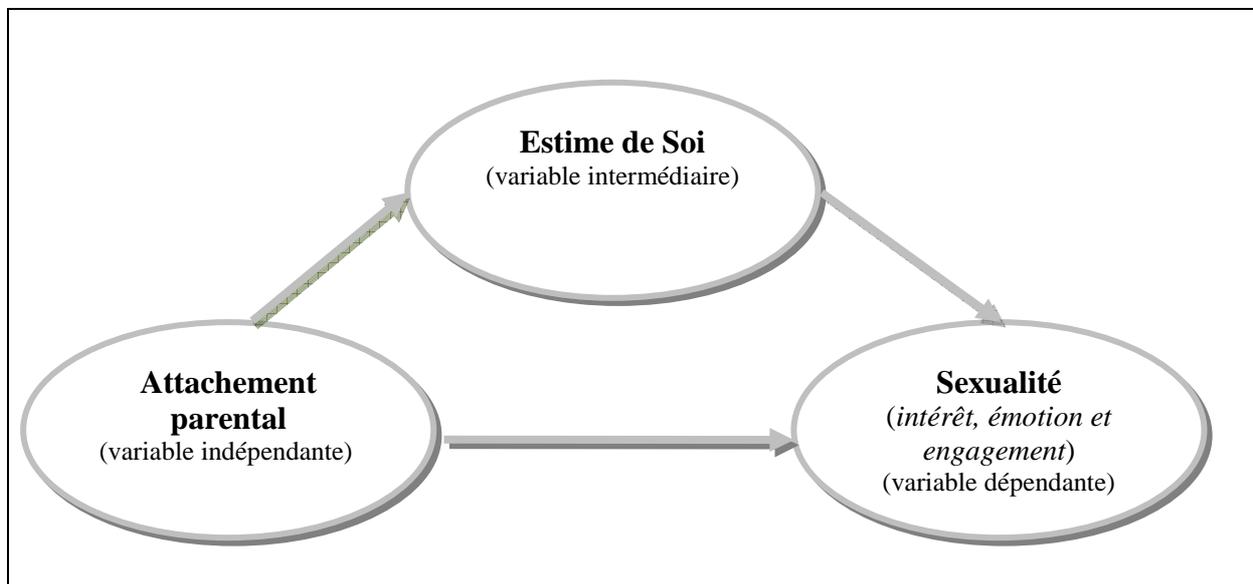
Compte tenu de la relation bien établie entre l'estime de soi et les comportements sexuels, l'impact du style d'attachement sur l'engagement sexuel peut être médiatisé par le niveau d'estime de soi. Par conséquent, le second objectif de ce travail est d'étudier le potentiel effet de médiation de l'estime de soi pour expliquer les liens entre l'attachement et les expériences sexuelles à l'adolescence.

La seconde hypothèse (H2) postule que le niveau d'*estime de soi* diffère selon le style d'attachement et influence les conduites sexuelles à l'adolescence.

Avec plus précisément :

- (H2.1) Les sujets *secure* ont une *estime de soi* plus élevée que les autres.
- (H2.2) Une *estime de soi* élevée s'associe à une sexualité moins précoce, plus sentimentalisée et moins à risque à l'adolescence.

Figure 1 : Représentation schématique de la problématique



## II – Méthode générale

Nous allons présenter la méthodologie générale suivie dans le cadre de notre étude (1) le type de participants, (2) les outils disponibles dans le domaine de l'attachement, de la sexualité et de l'estime de soi, ceux qui seront choisis, (3) la procédure générale.

La partie Résultats présentera ensuite de manière progressive les différents résultats de nos études successives en précisant brièvement chaque fois les participants, le nom des outils utilisés (puisqu'ils auront été présentés dans la partie Méthode) et la procédure. Nous proposerons une série de sept études : (1) Attitudes, comportements sexuels à l'adolescence et communication parentale ; (2) Sexualité à risque et estime de soi chez le jeune adulte ; (3) Validation d'une échelle de sexualité à la *prime adolescence* et à la *late adolescence* ; (4) Validation d'une échelle de conduites sexuelles à risque à l'adolescence ; (5) Maturation pubertaire, sexualité à l'adolescence et estime de soi ; (6) Attachement, sexualité et estime de soi à la *prime adolescence* ; (7) Attachement, sexualité et estime de soi à la *late adolescence*.

### 1. Participants

Les participants aux différentes études effectuées sont des adolescents ou jeunes adultes scolarisés (collégiens, lycéens, étudiants) dans des établissements du second degré (établissements publics et privés, d'enseignement général et technique ou professionnel de la région Centre). Les étudiants sont issus de l'Université François Rabelais de Tours. Les localisations exactes des établissements se trouvent en annexe (Annexe II, p.iii). Les spécificités de chacun des échantillons seront reprises ultérieurement dans la partie Résultats.

Tableau 2 : Effectifs selon les études

	Effectif
Etude 1	100
Etude 2	275
Etude 3	312
Etude 4	173
Etude 5	312
Etude 6	322
Etude 7	97

## **2. Outils**

### **2.1 Mesures de l'attachement à l'adolescence**

#### **2.1.1 L'*Adult Attachment Interview***

Afin de pouvoir étudier chez les adultes les modèles internes opérant reliés à l'attachement, George, Kaplan et Main (1985) ont développé l'*Adult Attachment Interview* (AAI-Entretien d'attachement adulte en français). L'AAI est un entretien semi-structuré qui permet de classer les adultes à partir de leurs représentations des relations à leurs parents au cours de leur enfance, et aussi à partir de la cohérence de leur discours. L'entretien comprend une vingtaine de questions et son déroulement est estimé entre 45 minutes et 1 heure. L'entrevue et le décodage étant très exigeants en terme de temps et d'argent, les chercheurs ont développé, au cours des quinze dernières années, des méthodes d'évaluation de l'attachement par questionnaires, plus faciles d'utilisation. La plupart sont validés auprès de grands échantillons et permettent de cerner les styles d'attachement des adolescents et des adultes. Parmi ces outils seulement quelques uns ont fait l'objet d'une validation francophone.

### **2.1.2 L'Attachment Style Questionnaire**

Paquette, Parent et Migras (2001) se sont attachés à traduire l'*Attachment Style Questionnaire (ASQ)* développé par Feeney, Noller et Hanrahan (1994). Ce questionnaire sur une échelle de Likert offre une série d'items (40) afin d'évaluer l'attachement des jeunes adultes. Il mesure la confiance, l'inconfort dans les relations, la préoccupation, la recherche d'approbation. Ces échelles peuvent être comprises comme des concepts des attachements *insecurés*. Cependant la validation francophone du *ASQ* sur une population adolescente n'est pas satisfaisante avec des Alpha de Cronbach (mesure de la cohérence interne) inférieurs à .60 pour les trois styles d'attachement.

### **2.1.3 Le Relationship Scale Questionnaire**

Le *Relationship Scale Questionnaire (RSQ)* est proposé par Griffin et Bartholomew, (1994). Le *RSQ* contient 30 items tirés, évalués sur une échelle en cinq points. Les participants évaluent dans quelle la mesure chaque énoncé décrit leur style d'interaction. Cinq items mesurent l'attachement *secure* et *évitant*, quatre items mesurent les attachements préoccupés. Les scores pour chaque pattern d'attachement sont obtenus par la moyenne aux quatre ou cinq items concernant chacun des styles d'attachement. Une récente validation française (*RSQ-Questionnaire des échelles de relations pour sa validation française*) (Guedeney, Fermanian, & Bifulco, 2010) vient d'être proposée. Le *RSQ* est un auto-questionnaire composé de 30 items nécessitant une réponse sur une échelle de Likert en sept points. Chacun des items s'attache à décrire les caractéristiques relationnelles du sujet. Dix-sept de ces items permettent de déterminer le style d'attachement d'un individu (*secure*, craintif, préoccupé ou détaché). Cependant, la validation française porte uniquement sur une population adulte, et ne peut donc pas être employée pour nos populations d'adolescents.

### **2.1.4 Les Cartes Modèles InteRelationnels**

Un questionnaire, le *CaMir* (Cartes Modèles InteRelationnels), a été construit par Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch, et Halfon (1996) afin d'évaluer les stratégies relationnelles chez les adolescents et l'adulte. Les questions portent sur la relation avec les parents dans la famille d'origine et dans la famille actuelle. Ce questionnaire est un peu particulier car les 72 questions ou « propositions » sont écrites sur des cartes qu'il s'agit

de trier. Le *CaMir* met en évidence trois groupes de stratégies relationnelles qui se superposent aux catégories d'attachement définies par Main (détaché, préoccupé, et *secure*). Cet outil prend en compte treize échelles : l'*interférence parentale*, les *préoccupations familiales*, la *rancune d'infantilisation*, le *support parental*, le *support familial*, la *reconnaissance de soutien*, l'*indisponibilité parentale*, la *distance familiale*, la *rancune de rejet*, le *traumatisme parental*, le *blocage de souvenir*, la *démission parentale* et la *valorisation de la hiérarchie*. Les items couvrent quatre niveaux de réalité : le présent, le passé, l'état d'esprit et les généralisations. Le format particulier de ce questionnaire (Q-Sort)<sup>12</sup> permet d'obtenir deux sources indépendantes de données (les échelles et les stratégies). Cet outil est très peu utilisé internationalement malgré sa pertinence. On peut le comprendre du fait de la contrainte imposée par la procédure statistique Q-Sort. En conséquence, à la fois pour des raisons matérielles et par souci de rigueur méthodologique, cette échelle ne sera pas utilisée. L'usage d'une version française d'un outil validé au niveau international lui sera préféré.

### 2.1.5 L'*Inventory of Parents and Peers Attachment*

Armsdent et Greenberg (1987) propose également un outil de mesure de l'attachement avec l'*Inventory of Parents and Peers Attachment* (IPPA-Inventaire d'attachement aux parents pour sa version française). Ce questionnaire s'adresse aux adolescents et compte 25 items dans sa version anglophone. Puisqu'il est difficile et discutable de mesurer rétrospectivement l'attachement parent-enfant, cet outil mesure plutôt la sécurité de l'adolescent face à la mère et au père. Selon ces auteurs, trois concepts sous-jacents à l'attachement - la *communication*, la *confiance* et l'*aliénation* - sont mesurés par ce questionnaire. La *communication* contribue à créer de solides liens affectifs entre parents et enfant dans la petite enfance (Flora & Segrin, 2005). La deuxième dimension, la *confiance*, peut être définie comme les sentiments et les croyances qu'une autre personne répondra avec certitude à certains besoins (Armsden & Greenberg, 1987). La *confiance* renvoie à la disponibilité perçue de la figure d'attachement (concept de base *secure*). La troisième dimension de l'attachement, l'*aliénation*, est étroitement liée à l'évitement et au rejet, deux

---

<sup>12</sup> Son principe général est de proposer au sujet un moyen de mettre en forme ses impressions, en particulier de les comparer entre elles et de les sérier. Pratiquement, le sujet va d'abord trier les cartes du *CaMir* en cinq piles. On lui demande alors de reprendre son tri de manière que chaque pile ne compte plus qu'un nombre déterminé de cartes; il s'agit donc de procéder à une distribution forcée.

concepts qui sont très importants pour qualifier l'attachement. A partir des scores obtenus à ces trois sous échelles, on peut définir les styles d'attachement des adolescents. L'*IPPA* est outil fréquemment utilisé et parfaitement adapté à notre population d'adolescents. Nous avons donc fait le choix d'utiliser cet outil pour mesurer notre variable attachement. Il existe une validation française de cet outil (Vignoli & Mallet, 2004) qui sera présentée ultérieurement dans la partie Outils utilisés.

## **2.2 Mesures de la sexualité à l'adolescence**

L'évaluation de la sexualité dans ses différents aspects (interpersonnels, à risque, affectifs) pose souvent problème de part le caractère intime, tabou qu'elle revêt. Nous avons vu précédemment que les recherches sur la sexualité demeurent encore trop souvent focalisées sur l'engagement comportemental. Cette tendance à ignorer les dimensions subjectives de la sexualité se retrouve également dans les outils d'évaluation de la sexualité. Pourtant, la compréhension de la sexualité adolescente ne peut pas se restreindre au seul rapport sexuel génital, à son âge de survenu, à l'usage de préservatifs et de contraceptifs etc. Il est nécessaire d'ajouter les différents phénomènes psychologiques impliqués dans la sexualité à l'adolescence, tels que les sentiments, les attitudes, croyances ou représentations, les préoccupations, fantaisies et des conduites de divers niveaux d'implication sexuelle (du baiser à la relation coïtale). Différentes échelles de sexualité ont été construites ces dernières années afin de proposer des mesures standardisées de la sexualité adolescente, soit oralement à partir d'entretien individuel soit sous forme écrite avec des questionnaires individuels (en passation collective).

La technique d'entretien permet à l'intervieweur de présenter le but et le principe de l'enquête menée, de clarifier les enjeux éthiques et répondre aux éventuelles questions. Cependant, certaines personnes peuvent ne pas restituer honnêtement leurs opinions et expériences sexuelles, car ils peuvent être gênés d'admettre certains comportements, attitudes ou pensées à un inconnu. Les sujets interviewés peuvent être tout aussi gênés d'admettre qu'ils ne participent pas à certaines activités sexuelles, surtout à l'adolescence (Greenberg et al., 2010). Un questionnaire que le sujet peut remplir à sa convenance peut accentuer le sentiment d'anonymat et moins stresser les personnes qu'un face à face. L'écueil majeur avec les données auto-reportées est qu'elles peuvent comporter des inexactitudes. Par exemple, les personnes ont souvent des difficultés à se rappeler des événements passés (biais de rappel), ou

des événements peuvent être embellis ou minimisés (biais de désirabilité sociale) (Greenberg et al., 2010). Un exemple d'entretien de recherche sur la sexualité et les questionnaires les plus adaptés à la population adolescentes seront brièvement exposés ci-dessous.

### **2.2.1 L'entretien directif de Cleland**

Le questionnaire d'enquête auprès des jeunes « *Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation* » a été proposé en 2005 par Cleland. Créé à l'initiative de l'OMS, il recueille les connaissances, croyances, préoccupations et comportements dans le domaine de la santé sexuelle des adolescents. Cet outil est basé sur un entretien individuel directif et a l'avantage d'être construit en langue française et d'être spécifiquement adapté à une population adolescente. De plus, il recouvre un large panel d'expériences et d'inexpériences sexuelles. Il se compose de 238 questions fermées, scindées en onze sections à thématiques spécifiques : situation socioéconomique et profil de la famille, santé génésique (sources d'information et de connaissances), relation hétérosexuelle actuelle ou dernière, type de contact hétérosexuel, première relation sexuelle, expériences homosexuelles, connaissances et utilisation des méthodes contraceptives, connaissances de VIH/Sida et des autres IST, préservatif (connaissances et attitudes), perception des hommes et des femmes concernant la sexualité et services de santé (utilisation et point de vue). Pour chaque item, des réponses prédéterminées sont proposées. Cleland invite à omettre les items inappropriés à la situation du sujet. Conformément aux conseils de l'auteur, des questions peuvent être modifiées, d'autres retirées (uniformément pour tous les sujets), en fonction du contexte culturel et social. Cet outil a notamment été employé par Mohammadi, Mohammad et al, (2006). Il répond aux recommandations éthiques de Seal & al., (2000) et de Goergen (2000). Bien qu'intéressant dans la diversité des domaines sexuels investigués (comportement, attitude, fidélité, amour etc.), la passation d'un tel outil est coûteuse en temps et reste peu utilisée dans les recherches sur la sexualité.

### **2.2.2 L'échelle des attitudes sexuelles**

Le questionnaire intitulé *L'échelle des attitudes sexuelles (the Hendricks sexual attitudes scale)* (Hendrick & Hendrick, 1987) est conçu comme une mesure multidimensionnelle des attitudes sexuelles. A partir de 43 items, cette échelle met en

évidence quatre dimensions des attitudes sexuelles : (i) la *permissivité*, qui représente une croyance en une sexualité occasionnelle, fortuite ; (ii) les *pratiques sexuelles* qui réfèrent à une sexualité responsable ; (iii) la *communion*, forme de sexualité idéalisée et (iv) l'*instrumentalité*, croyance en une sexualité instrumentalisée. Cet auto-questionnaire comporte également onze premiers items sociodémographiques (soit 54 en tout). Cette échelle a été utilisée dans de nombreuses recherches (Cann, Mangum, & Wells, 2001; Shafer, 2001). Une version brève en 23 items a été publiée en 2006 (Hendrick, Hendrick, & Reich, 2006). Le Gall, Mullet et Rivière (2002) ont traduit et validé en français cette échelle, dans sa version antérieure, auprès de 800 jeunes adultes en 2002. Cet outil semble intéressant pour l'investigation des attitudes sexuelles des adolescents, cependant il ne permet pas véritablement d'appréhender les conduites sexuelles des adolescents.

### **2.2.3 L'échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque**

Rock, Ireland et Resnick (2003) proposent également un questionnaire des comportements sexuels : *L'échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque*. Ses 9 items explorent les relations sexuelles, le fait de discuter ou non avec son partenaire de protection contre les IST et vis-à-vis d'une grossesse, les antécédents de grossesse, la fréquence de l'usage de contraceptif et préservatif, de cet usage lors du dernier rapport sexuel et le nombre de partenaires sexuels (masculins et féminins) que l'adolescent a eu au cours des douze derniers mois. Sa validation s'est effectuée auprès de plus de 80 000 adolescents âgés de 13 à 20 ans. Les échelles de réponses (de type Likert) permettent d'interpréter les comportements sexuels en terme de comportements à faible risque, à haut risque ou encore sur un continuum. Les principales qualités de cet outil sont sa validation sur un large échantillon et son aspect économique, à travers le nombre réduit d'items. Cette échelle permet de mesurer les différentes conduites sexuelles à risque à l'adolescence, mais pas les dimensions affectives ou émotionnelles de la sexualité. *L'échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque* n'a pas encore fait l'objet d'une validation française. Dans un travail antérieur, Courtois et collaborateurs (Courtois, Potard, Monprofit, Réveillère et Rusch, en préparation) ont mené un travail de traduction et validation en langue française du questionnaire des *comportements sexuels protecteurs et à risque* à l'adolescence de Rock et al. (2003). Pour cela, une traduction et rétro-traduction par un natif anglais ont été assurées avant de soumettre le questionnaire à 341 lycéens âgés de 15 à 24 ans (âge moyen de 17,7

ans). Bien que le questionnaire n'ait pas été conçu pour cela, une analyse factorielle en composantes principales a permis d'extraire, après rotation Varimax, deux facteurs appelés *activité sexuelle à risque et absence de protection et de contraception*. La consistance interne s'est avérée satisfaisante puisque les coefficients alpha de Cronbach étaient de .77 pour les deux facteurs. Enfin, l'échelle des attitudes sexuelles (Hendrick & Hendrick, 1987) a permis d'effectuer une validation concourante satisfaisante. Dans un premier temps, cet outil dans sa version française en cours de validation (traduction, rétro-traduction) sera utilisé pour évaluer la prise de risque sexuelle. Dans un second temps, nous proposerons la validation d'une échelle des conduites sexuelles à risque à l'adolescence, plus pertinente (étude 5).

#### **2.2.4 L'échelle de concept de soi sexuel**

Le questionnaire intitulé *L'échelle de concept de soi sexuel (The sexual self concept)* de Breakwell et Millward (1997) comprend 14 items interrogeant des aspects de la sexualité. Breakwell et Millward ont mené une étude auprès de 474 adolescents de 16 à 19 ans pour évaluer les relations entre l'idée que se font les adolescents de la sexualité et les prises de risque dans lesquelles ils peuvent s'engager. Le sujet est amené à décrire des aspects de ses relations sexuelles et l'idée qu'il s'en fait en tant qu'acteur sexuel. Cet auto-questionnaire rédigé en langue anglaise n'évalue que le nombre de partenaires sexuels et la fréquence d'utilisation des préservatifs. Il s'est donc révélé assez pauvre puisque le spectre des conduites sexuelles à risque est beaucoup plus large, et qu'il ne rend pas compte des dimensions socio-affectives de la sexualité. Nous ne disposons pas de validation française de cet outil.

#### **2.2.5 L'Intérêts, Emotions, Relations sexuelles**

L'engagement sexuel adolescent a été également évalué par l'échelle de sexualité *Intérêts, Emotions, Relations Sexuelles (IERS)*<sup>13</sup> de Courtois, Mullet, Bariaud et Malvy (1998). Cette échelle validée pour une population adolescente (collégiens de troisième uniquement) est constituée de 13 items mesurant trois dimensions : (i) *Engagement comportemental dans la sexualité*, (ii) *Amour et fidélité* et (iii) *Goût de draguer*. La première

---

<sup>13</sup> Par commodité, nous nommerons cette échelle « *IERS* » comme dans sa version validée ultérieurement (étude 3) à la *prime adolescence* et qui nous reprendrons ultérieurement. Dans son article de 1998, Courtois et al. n'avaient pas donné de nom à leur échelle.

dimension (i) se situe au plan comportemental et de l'expérience sexuelle. Elle concerne en premier lieu le fait de sortir avec quelqu'un, mais aussi toutes les conduites d'investissement progressif de la relation à l'autre jusqu'aux situations d'intimité physique partagée. Ces situations incluent la relation sexuelle, mais celle-ci n'en est qu'un élément. La seconde dimension, *Amour et fidélité (ii)*, concerne la relation amoureuse, c'est-à-dire la place plus ou moins grande accordée à l'amour et à la fidélité dans la sexualité. La troisième dimension, *Goût de draguer (iii)*, évalue la question de la séduction avec intentionnalité d'entrée dans la sexualité. Ainsi l'usage de cette échelle permet d'appréhender la sexualité à la *prime adolescence* dans trois dimensions significatives du développement psychosexuel, mais également en terme de sexualité à risque : intérêt trop marqué pour la sexualité génitale, engagement comportemental et rapport sexuel précoce ou encore l'absence des sentiments. Cette échelle fera l'objet d'une validation à la *prime adolescence* et la *late adolescente* dans ce travail afin de pouvoir l'utiliser sur des populations plus larges que les adolescents de 14-15 ans.

Nous pouvons retenir pour ces principaux instruments de mesure de la sexualité à l'adolescence : (1) leur focalisation sur les comportements sexuels (à risque ou non) et (2) leur absence de validation en langue française. Face à ces écueils, ce travail reprendra l'échelle française *IERS* à l'adolescence (Courtois et al., 1998), ainsi que les items des conduites sexuelles à risque chez l'adolescent et le jeune adulte utilisés par Courtois, Mullet et Malvy (2001) auprès de 1900 lycéens français et près de 300 lycéens congolais. Ces items ont permis de mettre en évidence un questionnaire composé de trois facteurs sur lesquels nous reviendrons. Ces échelles feront l'objet d'une validation à la *prime adolescence* et la *late adolescente* dans ce travail.

## **2.3 Mesures de l'estime de soi à l'adolescence**

### **2.3.1 Le *Self-Esteem Inventory***

La mesure de l'estime de soi à l'adolescence peut s'effectuer avec différents outils parmi ceux disponibles en langue française (Guillon & Crocq, 2004). Le questionnaire de Coopersmith (1984), le *Self Esteem Inventory (SEI)* (forme scolaire ou adulte), est l'un des plus utilisé chez les adolescents. Cet outil d'auto-évaluation comprend 58 items répartis en

quatre sous-échelles (scolaire ou professionnelle, sociale, familiale, générale), auxquelles s'ajoute une échelle de mensonge (pour mesurer un indice d'attitude défensive à l'égard du test). Les sujets doivent répondre en cochant « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Ce questionnaire possède de bonnes qualités psychométriques (consistance interne et fiabilité test-retest). Il peut être utilisé à l'adolescence pour les 8-15 ans dans sa forme scolaire et à partir de 16 ans dans sa forme professionnelle (cette dernière étant plutôt réservée à l'âge adulte). Selon Bouvard (2009), le *SEI* a l'intérêt de mesurer l'estime de soi et des « estimes de soi » spécifiques (scolaire, familiale...), cependant, elle souligne la faible stabilité de la structure factorielle de ce test.

### **2.3.2 Le Rosenberg's Self-Esteem Scale**

Le questionnaire d'estime de soi de Rosenberg (*RSES Rosenberg's Self-Esteem Scale-EES-10* pour sa version française) (Rosenberg, 1965; Vallieres & Vallerand, 1990) est également très largement utilisé du fait de sa simplicité de passation et de sa brièveté. Il comporte 10 items mesurant les facteurs d'acceptation de soi dans l'estime de soi. Il s'agit donc d'une mesure unidimensionnelle de l'estime de soi. Les réponses se font sur une échelle de Likert en quatre points. Ce questionnaire s'adresse aux étudiants. Un des problèmes majeurs de cette échelle selon Gosling (1996) est qu'elle date de 1965 et n'a pas été depuis réactualisée. Le faible nombre d'items serait aussi susceptible de créer des différences exagérées entre les sujets.

### **2.3.3 Le Physical Self-description Questionnaire**

Le *Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ)* est un inventaire de l'estime de soi corporelle (Guérin, Marsh, & Famose, 2001, 2004). Il est constitué de 70 items (en auto-questionnaire). Le *PSDQ* possède onze échelles : neuf spécifiques (domaines de la *force*, l'*adiposité*, l'*activité physique*, l'*endurance*, la *compétence sportive*, la *coordination*, la *santé*, l'*apparence* et la *souplesse*) et deux globales (l'*estime de soi corporelle* et l'*estime de soi*). Cet outil présentant de bonnes qualités psychométriques et découle de la théorie multidimensionnelle de l'estime de soi développée par Marsh (1990). Les modalités de réponse se font sous forme d'une échelle de Likert en six points. Le *PSDQ* est validé pour une population adolescente (12 à 19 ans).

Ces trois outils proposent chaque fois une mesure de l'estime de soi générale de manière auto-reportée, mais n'ont pas tout à fait la même finalité, ni le même temps de passation. Le choix s'effectuera donc surtout en fonction de la problématique de recherche et des domaines que l'on souhaite ou non investiguer.

## 2.4 Outils utilisés

Un certain nombre d'outils d'évaluation a été utilisé dans ce travail. La plupart de ces questionnaires ont un mode de passation auto-administré. Chacun de ces questionnaires est disponible en annexe (Annexe III, p.iv).

(a) La qualité de l'attachement au père et à la mère a été mesurée à l'aide de la version française de l'*IPPA* (Vignoli & Mallet, 2004) où seule l'échelle d'attachement aux parents a été retenue du questionnaire créé par Armsdent et Greenberg en 1987. Cet outil évalue les perceptions de l'adolescent concernant les dimensions affectives et cognitives de ses relations avec ses parents (confiance et réceptivité). Quatorze items sont présentés successivement à l'adolescent pour évaluer séparément la qualité des relations mère-enfant et père-enfant. La version française retrouve les trois dimensions (*confiance*, *communication*, *aliénation*) de l'*IPPA* version anglo-saxonne. La *confiance* évalue le respect et la compréhension mutuelle. La dimension *communication* rend compte de la qualité et de l'étendue de la communication verbale. La dimension *aliénation* mesure le manque de compréhension de la part de la mère ou du père. Ce questionnaire mesure donc la perception que l'adolescent a de ses relations avec ses parents. Les participants doivent indiquer sur des échelles de Likert en cinq points leur degré d'adhésion à chaque item. Ce questionnaire permet à partir de ces trois dimensions de caractériser le style d'attachement (*secure*, *insecure ambivalent*, *insecure évitant*) de chaque sujet à la mère et au père.

(b) En l'absence de questionnaire validé en français et disponible sur les attitudes, les représentations et les comportements de santé sexuelle, nous avons dans un premier temps utilisé la méthode de l'entretien directif proposée par OMS (Cleland, 2005) présenté préalablement. Deux cent vingt items sur les 238 ont été conservés. Les items retirés ne correspondaient pas au contexte culturel et social de la France (par exemple, « Etes-vous déjà allé(e) à l'école ? »).

(c) En complément à cet outil, l'*échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque* de Rock (2003) composé de 9 items a été employée en auto évaluation. Elle permet d'obtenir une description des comportements sexuels et leurs risques associés (activité sexuelle, communication sexuelle au sujet des IST et de la grossesse, grossesse, usage de contraception et du préservatif, utilisation du préservatif lors de la dernière relation sexuelle et nombre de partenaires sexuels dans l'année).

(d) Nous utiliserons l'échelle de sexualité *Intérêts, Emotions, Relations Sexuelles (IERS)* de Courtois, Mullet, Bariaud et Malvy (1998). Cette échelle fera l'objet d'une validation à la *prime adolescence* et la *late adolescente* dans ce travail afin de pouvoir l'utiliser sur des populations plus larges que celle proposée initialement par ses auteurs.

(e) Le domaine de l'estime de soi est mesurée par le *Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ)* de Guérin, Marsh et Famose (2001, 2004) (pour la validation française). Ce questionnaire permet de mesurer à la fois l'*estime de soi* et l'*estime de soi corporelle*.

(f) Dans le cadre de nos études, nous avons également utilisé un questionnaire d'évaluation du degré de maturation pubertaire. L'*Echelle de développement pubertaire* version française du *Self administered rating scale for pubertal development* (Carskadon & Acebo, 1993) est composée de 5 items. Elle mesure l'avancée des changements corporels pubertaires : trois items sont communs aux garçons et aux filles, les deux derniers items sont différenciés selon le genre. A partir du score obtenu, cet outil permet de déterminer à quel degré de développement pubertaire l'adolescent se situe. Cette échelle est conçue pour une population de 11 à 16 ans. La traduction et la validation de ce questionnaire est en cours. Elle est assurée par Clarisse et al. , à l'Université de Tours.

### **3. Procédure**

Conformément au droit de chacun au respect et à la discrétion, la procédure est conformes aux principes éthiques applicables à la recherche sur les comportements sexuels édictés par Seal et al., (2000) et Goergen (2000). Deux modalités de recueil des données ont été employées, la première correspondant à un recueil de données par entretien, la seconde par

questionnaires auto-évaluatifs. Dans chacune des conditions les accords parentaux (pour les mineurs) et individuels ont été systématiquement demandés en amont du recueil de données.

L'ensemble des entretiens s'est déroulé dans les locaux de l'établissement scolaire, au sein de salles fermées (bureau de l'assistante sociale, annexe de l'infirmerie). Afin de respecter la confidentialité, aucune autre personne que l'intervieweur et l'élève n'a participé à l'entretien. En préalable à l'entretien, un rappel des conditions d'anonymat, de confidentialité, de neutralité ainsi que la possibilité de répondre ou pas ont été faits à chaque élève. Les thématiques successives qui seront abordées étaient également rappelées. L'entretien en lui-même a duré entre 45 minutes à 1 heure en fonction des expériences sexuelles des adolescents. Chaque item a été énoncé à haute voix ainsi que les réponses proposées telles qu'elles étaient formulées par écrit, le choix de réponse a été immédiatement recueilli à l'écrit par l'expérimentateur.

Le recueil de données par questionnaires s'est effectué pour chaque étude selon un mode individuel de passation, chaque sujet disposant isolément d'un questionnaire. Les passations ont eu lieu en classe durant les heures de cours. Au sein des lieux d'enseignement, le cadre de l'étude a été expliqué ainsi que les modalités du questionnaire, tout en soulignant la confidentialité et l'anonymat des réponses. Durant la passation, l'expérimentateur restait présent pour répondre à d'éventuelles questions, sa présence restant discrète. Les durées de passation ont oscillé entre 30 minutes et 45 minutes selon les élèves et les protocoles. Les questionnaires étaient ensuite recueillis par l'expérimentateur.

## **4. Statistiques et traitement des données**

Les questionnaires ont été mis en forme sur un support papier permettant une reconnaissance de caractère par le logiciel Teleform®, rendant possible ainsi leur saisie semi-automatique après recueil des réponses.

Le logiciel de traitement de données est Statistica®. Nous avons eu recours à des Alpha de Cronbach pour la mesure de la consistance interne des échelles et ainsi évaluer leur adaptation aux participants choisis. Nous avons eu également recours aux mesures d'analyse de variance : ANOVA pour la comparaison de groupes, corrélations linéaires de Bravais Pearson pour la recherche de liens entre facteurs. Pour certaines recherches, nous avons eu aussi utilisé des techniques d'analyses factorielles exploratoires ou confirmatoires.

### III – Résultats des différentes études

Cette partie sera consacrée aux principaux résultats des sept études menées pour ce travail. Celles-ci seront présentées dans l'ordre chronologique de notre cheminement intellectuel. Deux premières études exploratoires rendront compte des liens entre la qualité des relations parents-adolescents et les attitudes et comportements sexuels (étude 1) et des liens entre l'*estime de soi* et les conduites sexuelles à risque (étude 2). Ces précédents travaux montreront que l'attachement et l'*estime de soi* influencent les modalités d'engagement dans la sexualité des adolescents, cependant ces résultats seront relativisés faute d'outils d'évaluation statistiquement fiables pour mesurer la variable sexualité. Au regard de cet écueil, les études 3 et 4 proposeront une validation de deux questionnaires évaluant d'une part les principales dimensions de la sexualité à l'adolescence et d'autre part les conduites sexuelles à risque. Ce travail préalable de validation, nous permettra d'aborder les liens entre l'*estime de soi* et les dimensions de la sexualité à la *prime adolescence*, en considérant des aspects maturationnels (étude 5). Afin, les études 6 et 7 présenteront les résultats aux protocoles mesurant les relations entre l'attachement parental, la sexualité à l'adolescence et l'*estime de soi*. L'étude 6 sera consacrée à la *prime adolescence*, l'étude 7 à la *late adolescence* afin de tenir compte du développement psychosexuel des adolescents à ces âges.

Cette brève présentation faite, les résultats de l'étude 1 vont être présentés. La communication contribuant selon Armsdent et Greenberg (1987) à la qualité de l'attachement parent-enfant, cette première étude a été menée sur cette variable. Nous considérons que la facilité ressentie (*versus* la difficulté) par l'adolescent à communiquer avec chacun de ses parents des sujets qui le préoccupe pourrait l'influencer dans ses choix et engagements sexuels.

# 1. Etude 1 : Attitudes, comportements sexuels à l'adolescence et communication parentale

## 1.1 Objectifs et méthode de l'étude

### Objectifs :

Une première étude a été menée afin de déterminer quelles sont les attitudes qui prévalent à l'engagement sexuel des adolescents, et comment celles-ci pouvaient être influencées par la communication parents-enfants.

### Participants :

L'effectif était constitué de 100 lycéens d'un lycée général avec classes préparatoires scientifiques, qui ont été sélectionnés avec une méthode d'échantillonnage aléatoire (tirage au sort), en prenant 25% de seconde, de première, de terminale et de classe préparatoire. La population se composait de 57% de filles et de 43% de garçons, avec 22% d'internes. L'âge moyen était de 17,31 ans, avec un écart-type de 1,61 (avec une étendue de 15 à 21 ans). Les garçons étaient significativement plus âgés que les filles ( $F(1,98) = 3.97, p < .05$ ).

### Outils :

Les outils utilisés étaient au nombre de deux. L'entretien directif (1) auprès de jeunes proposé par l'OMS (Cleland, 2005) qui recueillait les données sur (i) les dimensions affectives de la sexualité (permissivité sexuelle et amour), (ii) l'engagement sexuel (nombre de flirts et de partenaires sexuels, virginité, aventures sans lendemain) ainsi que (iii) la difficulté ressentie à communiquer avec chacun des parents (de très facile à très difficile). L'échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque (2) (Rock et al., 2003) évaluait les conduites sexuelles à risque à l'adolescence sur une liste de 9 items. Ce questionnaire permettait de vérifier, à travers une méthode quantitative, la fiabilité des données recueillies par entretien.

### Procédure :

Les adolescents ont répondu individuellement à l'entretien et au questionnaire dans une salle isolée de l'établissement scolaire.

## **1.2 Statistiques descriptives**

Quatre-vingt sept pour cent de la population interrogée a déclaré avoir déjà un ou une petit(e) ami(e). Au sein de cette population, 54% des élèves affirme avoir déjà eu un ou des rapports sexuels avec pénétration et 41% des rapports sexuels oraux. L'âge moyen au premier rapport est de 16,1 ans avec un écart type de 1,09, sans différence significative selon le genre.

Soixante deux pour cent des adolescents considère que l'amour est un préalable nécessaire à tout rapport sexuel (5% ne sait pas et 33% y est défavorable). Vingt-six pour cent des adolescents déclare être favorable aux aventures sans lendemain contre 56% qui y est défavorables (18% ne sait pas).

La communication avec le père est jugé comme facile à très facile pour 59% des adolescents, contre 41% qui la juge d'assez difficile à très difficile. Les adolescents jugent à 62% facile ou très facile de communiquer avec sa mère, contre 28% des adolescents qui décrivent une communication difficile avec leur mère. Aucune différence significative n'a été découverte en fonction du genre.

## **1.3 Relations entre les attitudes et comportements sexuels, et la communication avec chacun des parents**

### **1.3.1 Relations entre les attitudes et les comportements sexuels**

Une première analyse corrélationnelle permet de rendre compte des associations existantes entre les attitudes sexuelles des adolescents et leur engagement sexuel (entretien directif de Cleland).

**Tableau 2 :** Corrélations entre les attitudes sexuelles (amour, aventures sans lendemain) et les comportements sexuels à l'adolescence.

	Nb de flirts	Aventures sans lendemain	Intention d'avoir une relation sexuelle	Virginité	Age au premier rapport sexuel (fille)	Nb de partenaires sexuels
Etre favorable aux aventures sans lendemain	<b>-.25*</b>	<b>.34***</b>	<b>-.31*</b>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Privilégier l'amour pour avoir des rapports sexuels	<b>.37***</b>	<b>-.37***</b>	<i>ns</i>	<b>-.35***</b>	<b>.63*</b>	<b>.37***</b>

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

Les adolescents *favorables aux aventures sans lendemain* ont un nombre plus élevé de flirts et d'aventures sans lendemain. Chez les adolescents vierges, une telle attitude s'associe à la volonté d'avoir sa première expérience sexuelle dès que l'occasion se présentera. Les adolescents *privilégiant l'amour pour avoir des rapports sexuels* ont moins de partenaires de flirt ou sexuels, moins d'aventures sans lendemain et sont plus souvent vierges. Il existe également une association avec un âge plus tardif d'entrée dans la sexualité pour les filles uniquement.

Ces relations sont confirmées lorsque l'on étudie les données recueillies avec les items de l'*échelle de comportements sexuels protecteurs et à risque* (Rock et al., 2003) qui permettent d'obtenir des moyennes pour chacun d'entre eux (échelle de Likert de trois à sept points). On retrouve des associations significatives entre *privilégier l'amour pour avoir des rapports sexuels* et un nombre moins élevés de partenaires sexuels ( $r = .37$ ,  $p < .01$ ). Cette attitude s'associe également à davantage de communication avec les partenaires sexuels sur la contraception ( $r = .33$ ,  $p < .05$ ) et le préservatif ( $r = .34$ ,  $p < .05$ ). Le fait d'*être favorable à des aventures sexuelles sans lendemain* s'associe à ces mêmes dimensions mais négativement avec  $r = -.33$ ,  $p < .05$  pour le nombre de partenaires sexuels,  $r = -.32$ ,  $p < .05$  pour la communication autour de la contraception et  $r = -.33$ ,  $p < .05$  pour la communication à propos du préservatif.

### 1.3.2 Relations entre les attitudes, comportements sexuels, et la communication avec les parents

Une seconde analyse corrélacionnelle permet de rendre compte des associations entre la facilité *versus* la difficulté à communiquer avec chacun des parents et les attitudes et conduite sexuelles.

Tableau 3 : Corrélations entre les difficultés de communication avec le père et la mère, les attitudes sexuelles (amour, aventures sans lendemain) et les comportements sexuels à l'adolescence.

	Nombre de partenaires sexuels	Privilégier l'amour pour avoir des rapports sexuels	Age au premier rapport (garçon)	Être favorable aux aventures sans lendemain
Difficulté à communiquer avec le père	<b>.33*</b>	<b>.30**</b>	<b>.79*</b>	<i>ns</i>
Difficulté à communiquer avec la mère	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>.27**</b>

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Les difficultés à communiquer avec le père « des choses qui sont importantes » pour l'adolescent s'associent à moins *privilégier la dimension amoureuse dans la sexualité*, à avoir un plus grand nombre de partenaires sexuels et à avoir des rapports sexuels plus précoces pour les garçons. Les difficultés à communiquer avec la mère s'associent, quand à elle, à être davantage *favorable aux aventures sans lendemain*.

## 1.4 Discussion

Ce premier travail exploratoire a interrogé des lycéens sur leurs attitudes et comportements sexuels ainsi que sur leur facilité ou non à communiquer avec chacun de leur parent. Cette étude a mis en évidence que les dimensions affectives de la sexualité semblent être un facteur important dans la prise de décision sexuelle. En effet, des associations significatives entre une sexualité avant tout « sentimentalisée » (*Privilégier l'amour pour*

*avoir des rapports sexuels*) et moins d'engagement sexuel sont mises en évidence. Chez les adolescents, privilégier la dimension amoureuse dans la sexualité est associé à la réduction de l'activité sexuelle et à moins de précocité dans l'engagement dans la sexualité : ils sont plus souvent vierges et lorsqu'ils ne le sont plus, leur première expérience sexuelle a eu lieu à un âge moins précoce. Ils déclarent également moins de partenaires de flirt ou sexuels et moins d'aventures sans lendemain. Ces résultats sont conformes à ceux de précédents travaux (Ciairano et al., 2006; Cooper, Shapiro et al., 1998; Gebhardt et al., 2003). Il apparaît donc primordial de considérer cette dimension affective de la sexualité comme un facteur protecteur à l'égard des conduites sexuelles risquée (précocité, multi-partenariat). En revanche, les adolescents privilégiant une sexualité fonctionnelle, plus permissive en valorisant les aventures sans lendemain (*Être favorable aux aventures sans lendemain*) ont davantage de conduites sexuelles à risque avec un nombre accru de flirts et d'aventures sans lendemain mais également l'intention d'entrée dès que possible dans la sexualité pour les adolescents vierges. Comme le suggèrent Ciairano et al. (2006), les dimensions affectives et intentionnelles de la sexualité contribuent très largement à l'engagement sexuel adolescent.

Les relations parents-enfants pourraient induire des attitudes et comportements sexuels particulier à l'adolescence. Dans cette perspective, cette étude proposait une évaluation de la facilité *versus* difficulté des adolescents à communiquer avec leur père et leur mère. Une difficulté perçue à communiquer avec sa mère sur les « choses qui sont importantes » pour l'adolescent est associée au fait de privilégier les aventures sans lendemain. Cette même difficulté ressentie envers le père s'associe, quant à elle, à davantage de partenaires sexuels, un âge plus précoce au premier rapport sexuel et à moins valoriser l'amour dans la sexualité. Ces résultats corroborent ceux de Jordhal et Lohman, (2009) et de Karofsky et al., (2000) indiquant que la qualité des relations-parents influence les adolescents dans leurs expériences sexuelles. Cette étude montre également que les fonctions paternelle et maternelle semblent agir différemment. Des difficultés communicationnelles avec la mère semblent favoriser des attitudes sexuelles plus permissives, alors qu'avec le père elles semblent influencer en plus la sphère comportementale avec une précocité des rapports sexuels et du multi-partenariat.

Certaines limites méthodologiques inhérentes à cette étude peuvent être soulignées. Pour recueillir ces informations, nous avons utilisé une procédure par entretien directif. Cette méthodologie, bien qu'enrichissante dans la rencontre avec l'autre, est très rapidement apparue comme coûteuse en terme d'organisation et de temps. La mise en œuvre d'un tel recueil de données pour un échantillon de cent personnes a nécessité près de 6 mois. D'autre

part, l'évaluation de chacune des dimensions reposent le plus souvent sur un seul et unique item. Une mesure à travers plusieurs items permettrait une meilleure fiabilité dans les réponses. A partir de ce constat, la nécessité d'avoir recours à des questionnaires auto reportés et validés en français pour évaluer la sexualité s'est imposée à nous.

Cette première étude nous a permis de découvrir des liens intéressants entre les dimensions affectives de la sexualité et la facilité *versus* la difficulté ressentie des adolescents à communiquer avec chacun des parents. Elle fournit un premier argument d'une influence des relations parents-enfants sur la sexualité adolescente. Armsdent et Greenberg (1987) théorisent leur évaluation de l'attachement comme résultant de la combinaison de trois variables : la *communication*, la *confiance* et l'*aliénation*. En nous focalisant sur la qualité de communication père-adolescent et mère-adolescent, nous constatons qu'elle influence les attitudes et comportements sexuels des jeunes. Ce premier résultat semble indiquer que l'attachement est bien une voie d'explication des conduites sexuelles des adolescents. Nous poursuivrons son étude en élargissant les relations parents-enfants à l'attachement parental global et non pas uniquement la communication parentale, trop restrictive. Les relations mère-adolescent et père-adolescent semblent agir différemment sur la sexualité, rendant nécessaire d'évaluer séparément l'attachement au père et à la mère dans nos futurs travaux.

## **2. Etude 2 : Sexualité à risque et estime de soi chez le jeune adulte**

Après avoir vu que les relations parents-adolescents semblent affecter les comportements sexuels de ces derniers, nous souhaitons déterminer l'influence de l'*estime de soi* sur la prise de risque sexuel. En effet, dans notre questionnaire sur les liens entre l'attachement et la sexualité adolescente, nous suggérions que l'*estime de soi* puisse être une variable médiatrice (H2). Celle-ci s'associerait spécifiquement aux conduites sexuelles à risque à l'adolescence et chez le jeune adulte.

### **2.1 Objectifs et méthode de l'étude**

#### Objectif :

La post-adolescence se caractérise comme une période d'engagement intense dans la sexualité. Elle s'accompagne d'une construction identitaire portée par l'intensification des liens d'exploration entre *estime de soi*, sexualité et corps. Cette étude examinait le rapport entre les conduites sexuelles risquées, l'*estime de soi*, l'*estime de soi corporelle*, mais aussi dans ses différents domaines (*adiposité, force, santé...*) chez le jeune adulte. Son objectif était de déterminer si le niveau d'*estime de soi* peut influencer la prise de risque sexuelle chez le jeune adulte.

#### Participants :

L'échantillon se composait de 275 étudiants scolarisés en Licence (L1, L2 et L3) à l'Université de Tours principalement dans la filière de psychologie (73%) et d'autres filières (27%) telles que la sociologie ou l'histoire. Elle comprend 85% de femmes et de 15% d'hommes. La moyenne d'âge était de 19,97 ans avec un écart-type de 2,08, sans différence significative en fonction du genre. L'étendue est de 17,5 ans à 25,1 ans.

#### Outils :

L'*estime de soi* a été évaluée avec le *PSDQ* (Guérin et al., 2001, 2004) et les conduites sexuelles à risque par l'*échelle des comportements sexuels protecteurs et à risque* (Rock et al., 2003), précédemment décrits.

### Procédure :

Chacun des participants avait rempli individuellement le questionnaire distribué au cours des séances d'enseignement. Les questionnaires remplis étaient ensuite retournés dans une enveloppe à l'expérimentateur.

## **2.2 Fiabilité des outils**

Concernant le *PSDQ*, l'alpha de Cronbach est de .88, traduisant une cohérence interne très satisfaisante pour notre population. Les alpha de Cronbach pour les 11 domaines de *PSDQ* sont tous supérieurs à .70.

Tableau 4 : Alpha de Cronbach des échelles du *PSDQ*

Domaines	Alpha de Cronbach
<i>Santé</i>	.84
<i>Coordination</i>	.82
<i>Activité Physique</i>	.89
<i>Adiposité</i>	.92
<i>Compétence sportive</i>	.92
<i>Apparence physique</i>	.79
<i>Force</i>	.90
<i>Souplesse</i>	.92
<i>Endurance</i>	.93
<i>Estime de soi</i>	.84
<i>Estime de soi physique</i>	.90

L'*Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque* (Rock et al., 2003) a été conçue pour une analyse item par item. Lors de la traduction rétro-traduction et validation en langue française auprès d'une population de 381 jeunes âgés de 15 à 24 ans (âge moyen de 17,7 ans), Courtois, Potard, Monprofit, Réveillère et Rusch (en préparation) avaient suggéré une seconde possibilité d'usage de l'outil à savoir, la prise en compte de dimensions factorielles. A l'issue d'une analyse factorielle, ils avaient mis en évidence deux facteurs expliquant 52% de la variance totale (*activité sexuelle à risque et absence de protection et de contraception*) qui leurs semblaient pertinents au regard de leur objet d'étude. Ces deux

facteurs présentaient une consistance interne satisfaisante (.77 pour les deux). Dans cette étude auprès de jeunes adultes, nous n'avons pas retrouvé ces résultats. Les deux facteurs décrits ci-dessus ne présentent pas de consistance interne suffisante et les analyses factorielles avec deux ou trois facteurs ne sont pas révélées satisfaisantes (Annexe IV, p.xxxv). Nous avons donc décidé d'utiliser l'*Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque* uniquement item par item comme prévu pour ses auteurs.

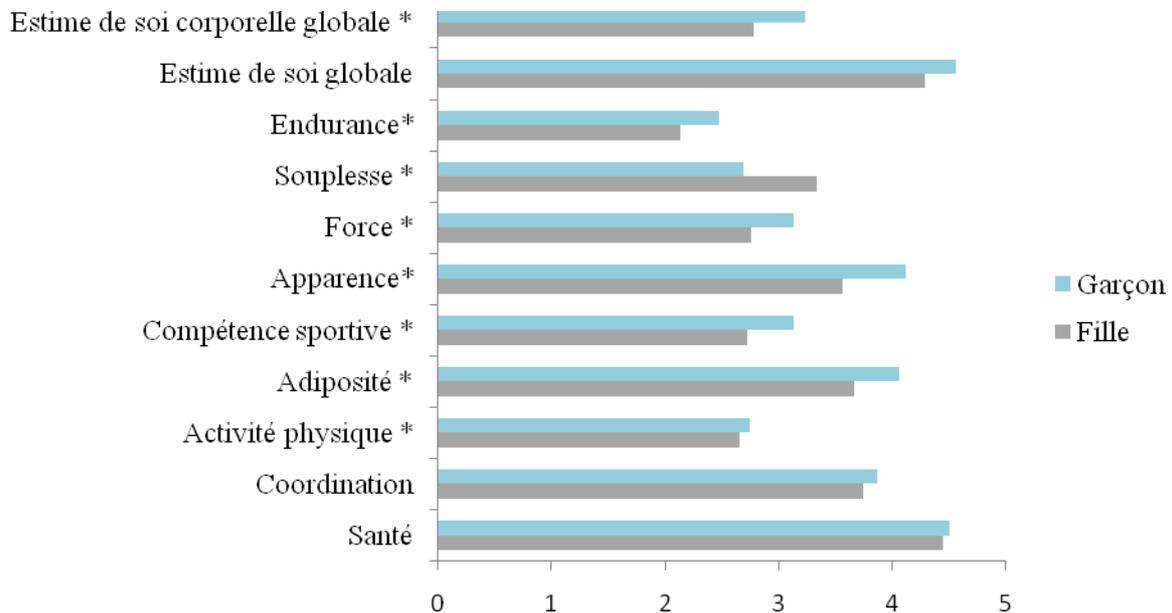
## **2.2 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre**

La population interrogée à 95% a déjà eu une relation sexuelle. Parmi cette population, 4% n'a eu qu'un ou deux rapports sexuels et 96% en a eu plus de trois. Les jeunes hommes sont 9% avoir déjà eu des rapports homosexuels contre 2% des jeunes femmes.

Une grossesse (ou en être à l'origine) est déclarée par 5% des étudiants interrogés, 24% discutent rarement ou jamais de la protection contre les IST avec leurs partenaires sexuels. Ce taux atteint 29% pour la communication relative à la contraception. Une proportion de 9% de la population déclare utiliser rarement ou jamais de moyens de contraception lors des relations sexuelles, ce chiffre atteint 50% pour l'usage du préservatif. Soixante-huit pour cent des étudiants n'a pas employé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Aucun effet significatif lié au genre n'existe pour l'ensemble de ces variables.

Les résultats sur les domaines de l'*estime de soi* du *PSDQ* sont détaillés dans la figure 2 en fonction du genre.

**Figure 2 :** Scores moyens en fonction du genre au questionnaire d'estime de soi (PSDQ)



\*La mention \* indique une significativité au seuil  $p < .05$ .

Si l'estime de soi (globale) ne varie pas, on observe par contre des différences entre les garçons et les filles avec des scores moyens plus élevés pour les garçons pour l'estime de soi corporelle ( $F(1,229)=5.48, p < .05$ ), pour les domaines force ( $F(1,229)=29.63, p < .001$ ), , souplesse ( $F(1,229)=15.65, p < .001$ ) endurance ( $F(1,229)=38.67, p < .001$ ), apparence ( $F(1,229)=36.78, p < .001$ ), activité physique ( $F(1,229)=17.03, p < .001$ ), compétence sportive ( $F(1,229)=13.79, p < .001$ ) et adiposité ( $F(1,229)=9.51, p < .01$ ). Il n'existe pas de différence significative selon le genre pour les domaines corporelles santé, coordination et souplesse.

## 2.3 Relations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles des jeunes adultes

### 2.3.1 Relations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles

Une analyse corrélacionnelle est faite afin de mettre en valeur les relations entretenues entre l'estime de soi et les conduites sexuelles à risque des jeunes adultes.

Tableau 5: Corrélations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles à risque

	Activité sexuelle	Communication IST	Communication contraception	Grossesse	Usage contraception	Usage Préservatif	Préservatif dernier rapport	Nb partenaires masculins	Nb Partenaires féminins
<i>Estime de soi</i>	<i>ns</i>	<b>-0.20**</b>	<b>-0.12*</b>	<b>-0.17**</b>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Des associations significatives existent entre certaines conduites sexuelles et l'*estime de soi*. Une faible communication avec les partenaires sexuels relative à la protection contre les IST ( $r = -.20$ ,  $p < .001$ ), contre la grossesse ( $r = -.12$ ,  $p < .05$ ) et les antécédents de grossesse ( $r = -.17$ ,  $p < .01$ ) s'associent à une faible *estime de soi*. Aucune autre relation significative n'a été mise en évidence.

En fonction du genre, une relation significative existe entre une *estime de soi* basse et une faible communication à propos de la protection contre les IST pour les jeunes hommes ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ). Pour la population féminine, une association entre une *estime de soi* élevée et l'activité sexuelle ( $r = .15$ ,  $p < .05$ ) est trouvée.

### 2.3.2 Relations entre l'estime de soi corporelle et les conduites sexuelles

Une seconde matrice de corrélations rend compte des relations entre l'*estime de soi corporelle* ainsi que ses domaines, et les conduites sexuelles à risque. Il n'existe chez les jeunes adultes aucune relation significative entre l'*estime de soi corporelle* et les conduites sexuelles risquées. En revanche, il existe des associations spécifiques entre certains domaines de l'*estime de soi corporelle* et certaines conduites sexuelles risquées.

Tableau 6 : Corrélations entre les domaines de l'*estime de soi corporelle* et les conduites sexuelles à risque

	Activité sexuelle	Communication sur les IST	Communication sur la contraception	Usage du Préservatif	Nb de partenaires masculins	Nb de partenaires féminins
<i>Santé</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>-0.16*</b>	<i>ns</i>
<i>Apparence</i>	<i>ns</i>	<b>-0.18**</b>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Adiposité</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>0.19**</b>
<i>Coordination</i>	<i>ns</i>	<b>-0.20*</b>	<b>-0.24**</b>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Activité physique</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>-0.14*</b>	<b>0.15*</b>
<i>Compétence sportive</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>0.14*</b>
<i>Force</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>0.27***</b>
<i>Souplesse</i>	<b>-0.14*</b>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Endurance</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<b>-0.14*</b>	<b>-0.16*</b>	<b>0.27***</b>

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

Les résultats montrent des relations significatives modérées entre une *estime de soi corporelle* basse dans certains domaines et des risques sexuels : entre la dimension *santé* et le nombre de partenaires masculins ( $r = -.16$ ,  $p < .05$ ), l'*apparence* et la communication au sujet des IST ( $r = -.18$ ,  $p < .01$ ), la *coordination* et la communication relative aux IST ( $r = -.20$ ,  $p < .01$ ) et à la *grossesse* ( $r = -.24$ ,  $p < .001$ ), l'*activité physique* et le nombre de partenaires masculins ( $r = -.14$ ,  $p < .05$ ), la *souplesse* et l'activité sexuelle ( $r = -.14$ ,  $p < .05$ ) ainsi qu'entre l'*endurance* et l'usage du préservatif ( $r = -.14$ ,  $p < .05$ ) et le nombre de partenaires sexuels masculins ( $r = -.16$ ,  $p < .05$ ).

En revanche, une *estime de soi corporelle* élevée dans certains domaines s'associe un nombre accru de partenaires féminins, avec respectivement des corrélations de  $r = .15$ ,  $p < .05$ ,

$r=.14, p<.05, r=.27, p<.001$  et  $r=.27, p<.001$  pour l'*activité physique*, la *compétence sportive*, la *force* et l'*endurance*.

## 2.4 Discussion

On considère habituellement que l'*estime de soi* est liée aux conduites à risque (Siegley, 1999). Une *estime de soi* basse prédispose l'individu à une mise en danger à travers l'engagement dans des comportements à problème, y compris les conduites sexuelles risquées. La sexualité et l'image de soi s'influenceraient (Boden & Horwood, 2006; Wild et al., 2004). Dans cette perspective, cette étude a examiné les effets de l'*estime de soi* globale et *corporelle* sur les conduites sexuelles à risque à la fin de l'adolescence et chez les jeunes adultes. C'est une période développementale où la majorité des individus est sexuellement active et établit des choix relatifs à leurs comportements sexuels (Arnett, 2000). Cette étude montre qu'une *estime de soi* basse est associée à une prise de risque sexuelle, avec une moindre communication au sujet des risques sexuels et une plus grande fréquence de grossesses non planifiées. Ces résultats vont dans le sens de travaux antérieurs (Boden & Horwood, 2006; Diclemente et al., 2006; Gullette & Lyons, 2006; Salazar et al., 2004; Wild et al., 2004). Une faible *estime de soi* réduirait les ressources psychiques des adolescents impliquant une difficulté à communiquer posément sur les sujets relatifs à la sexualité avec leur partenaire (inhibition, crainte du rejet). Ces difficultés d'affirmation de soi pourraient se retrouver dans leurs choix en matière de contraception. Par conséquent, ces adolescents paraissent plus vulnérables à une prise de décisions sexuelles risquées. Concernant les jeunes adultes avec une *estime de soi* élevée dans cette étude, ils rapportent un nombre plus important de partenaires sexuels uniquement pour les jeunes femmes. Cela confirme les résultats de Rosenthal, Moore et Flynn (1991) d'une prise de risque sexuelle chez les sujets ayant une *estime de soi* élevée. L'*estime de soi* élevée conduirait à un engagement accru dans la sexualité pour les jeunes femmes.

L'*estime de soi corporelle* ne joue aucun rôle spécifique dans l'engagement dans des conduites sexuelles à risque chez le jeune adulte, contrairement aux résultats de Wild et al., (2004) et Gillen et al., (2006). Des associations spécifiques existent, cependant, en fonction du genre. Tout d'abord, pour les jeunes hommes, les résultats de cette étude mettent en valeur des associations entre une faible *estime de soi corporelle* et certains risques sexuels spécifiques, parmi lesquels le multi-partenariat et l'absence d'usage du préservatif lors du

dernier rapport sexuel. Ces conclusions semblent confirmer et étendre aux hommes les analyses de Crosby et al. (2001) pour le multi-partenariat et de Gillen et al. (2006) et de Yamamiya, Cash et Thompson et al. (2006) pour le préservatif. Ces jeunes hommes engageraient ainsi leurs corps dans la sexualité comme une stratégie pour échapper à des sentiments négatifs, pour se sentir mieux avec leur corps (renarcissisation). Les sentiments d'angoisse ou d'insécurité par rapport au corps peuvent alors se traduire par une mise en acte de la sexualité chez les jeunes hommes dans une tentative de réassurance. Le multi-partenariat refléterait une volonté d'affirmation d'une identité masculine (Crawford & Popp, 2003) afin, ici, de combler les fragilités narcissiques issues de l'insatisfaction corporelle. Ils exposent ainsi une conception « fonctionnelle » de la sexualité dans une tentative de compensation sexuelle. De plus, ces jeunes hommes échoueraient à exiger l'utilisation d'une protection lors des actes sexuels. Une *estime de soi corporelle* faible s'associerait à une efficacité personnelle perçue réduite pour l'utilisation du préservatif. Les sentiments d'embarras ou de malaise produits par les situations sexuelles soumettant le corps aux regards de l'autre pourraient conduire ces individus insatisfaits à prendre des risques. Pour les jeunes adultes femmes, il existe une association entre une *estime de soi corporelle* élevée et un moindre usage de la contraception lors des relations sexuelles. L'absence d'investigation de cette relation par d'autres recherches ne permet pas d'établir la consistance de ce résultat. Néanmoins, ceci tend à indiquer qu'une *estime de soi corporelle* élevée chez les jeunes femmes est associée à une perception de faible risque de grossesses (sentiment d'invulnérabilité), et par conséquent, à une utilisation des contraceptifs moins fréquente.

L'analyse des résultats en fonction des domaines de l'*estime de soi corporelle* et leurs liens avec les différents comportements sexuels permet de mettre en valeur des associations spécifiques. Il existe des relations entre les domaines physiques et sociaux de l'*estime de soi corporelle* et l'engagement dans une sexualité risquée.

Les domaines relevant de la masculinité (*force, endurance, compétence sportive...*) s'associent au multi-partenariat chez les hommes, comportement sexuel identifié à la virilité. Ce résultat corrobore ceux de Halkitis et al. (2004) sur une population homosexuelle homme. Une *estime de soi* élevée dans les capacités physiques anime un sentiment de compétence élargi à l'ensemble des activités impliquant de la performance physique, y compris en matière sexuelle. L'engagement dans des rapports sexuels avec de multiples partenaires peut alors revêtir un caractère de « sportivité », d'« exploit ». La sexualité s'assimile alors à un état de

performance ou de compétitivité. La mise en action du corps par ce type d'engagement sexuel permet de faire la preuve de sa compétence personnelle (Thériault, 2006).

Les dimensions sociales du corps (*apparence, poids*) plus investies chez les femmes, sont associées quant à elle à un moindre engagement sexuel en cas d'insatisfaction, confirmant les résultats de Gillen et al., (2006). S'engager dans des comportements sexuels comporte un risque de rejet et exige un certain niveau de satisfaction corporelle, de confiance en soi. Les dimensions *poids* et *apparence* sont susceptibles de renvoyer à la dimension sociale du corps pouvant par extension provoquer, en situation d'évaluations négatives, une anxiété sociale. Dans cette condition, soumettre son corps au jugement ou aborder des questions sexuelles peut être perçu comme une mise en danger. Ces femmes privilégieraient alors une stratégie d'évitement des interactions sexuelles.

Nos résultats soutiennent partiellement l'hypothèse d'effets de l'*estime de soi* sur des conduites sexuelles à risque (par exemple, l'utilisation du préservatif et le nombre de partenaires sexuels). Une *estime de soi* basse ou élevée s'associe à des comportements sexuels peu sûrs, et non uniquement une *estime de soi* basse comme proposée dans notre hypothèse (H2). De plus, certains domaines spécifiques de l'*estime de soi* semblent contribuer particulièrement à la prise de risque sexuelle. Nous avons fait le choix de nous intéresser à l'*estime de soi corporelle* du fait des relations entre corps et sexualité. Nous constatons que le lien entre la satisfaction corporelle et les conduites sexuelles à risque diffère pour les hommes et les femmes. Une faible *estime de soi corporelle* peut engager les hommes dans des conduites sexuelles risquées (multi-partenariat et non usage du préservatif) afin de se réassurer, d'accomplir l'idéal masculin stéréotypé de preneur de risque sexuel et de décideur sexuel. Ces jeunes hommes seraient particulièrement sensible à la recherche de conformité aux « rôles des sexes » (Mallet, 2003). Pour les femmes, les résultats concluent à une plus grande prise de risque contraceptive pour les sujets ayant une *estime de soi corporelle* élevée. Les sentiments individuels positifs ou négatifs à l'égard de soi et de son corps influencent le développement de la sexualité et le sentiment de compétence dans la prise de décision sexuelle des jeunes adultes. Ces résultats introduisent l'idée que l'*estime de soi* pourrait être une composante importante dans l'expérimentation de la sexualité aux âges de l'adolescence. Cependant, la faiblesse psychométrique de l'*Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque* utilisée dans cette recherche obligent à considérer les données issues de cette variable avec prudence. En outre, au regard de la population étudiée, de sa spécificité, de son effectif

et de sa surreprésentation féminine, ces résultats ne peuvent en aucun cas être généralisés au-delà des étudiants scolarisés à l'université.

### **3. Etude 3 : Validation d'une échelle de sexualité à la *prime adolescence* et à la *late adolescence***

Notre problématique nous conduit à nous interroger sur les dimensions comportementale mais également affectives et cognitives de la sexualité à l'adolescence. Un seul questionnaire (Courtois et al., 1998) se propose d'évaluer ces trois dimensions, cependant celui-ci n'a été validé que sur un échantillon de collégiens de troisième. Afin de pouvoir l'utiliser dans de prochaines études, notre troisième étude sera consacrée à la validation du questionnaire *IERS* de Courtois et al. (1998) sur deux populations la *prime adolescence* et la *late adolescence*.

#### **3.1 Objectifs et méthode de l'étude**

##### Objectif :

Nos précédents protocoles de recherche nous ont conduits à nous interroger sur la qualité et la pertinence des outils d'évaluation de la sexualité à l'adolescence. D'une part, bien que le questionnaire de l'OMS intégrait les variables socio-affectives de la sexualité, celui-ci se révéla coûteux en temps du fait de sa passation (entretien individuel). D'autre part les questionnaires auto-reportés se limitent le plus souvent à mesurer uniquement les variables comportementales (nombre de partenaires, de rapports sexuels, usage du préservatif...) et leur validité en langue française apparaît souvent incertaine. Au regard de cette difficulté, nous avons souhaité proposer un outil standardisé de mesure des différentes dimensions de la sexualité à l'adolescence (intérêts, émotions et relations). Comme l'adolescence est une tâche développementale en stades distincts où la place et le but de la sexualité diffèrent, il a été envisagé d'interroger deux périodes de l'adolescence : la *prime adolescence* (12-15 ans) et la *late adolescence* (15-18 ans).

##### Participants :

Les populations étaient d'une part (i) des collégiens (N=312 ; âge moyen=13,8 ans, ET=1,03, étendue de 10,6 à 16,9 ans) issus de quatre collèges de Tours et ses environs (37) représentant une mixité géographique et culturelle (164 filles (52,6 %) et 148 (47,4%) garçons), (ii) d'autre part, des lycéens d'un établissement d'enseignement général (N=97 ; âge

moyen=17,24 ans, ET=1,25, étendue de 13,8 à 20,6 ans), avec 85,5% de filles et 14,5% de garçons.

#### Outils :

Le questionnaire comprenait le questionnaire *IERS* initial de Courtois et al., (1998) composé de 13 items mesurant trois dimensions de la sexualité d'adolescents scolarisés en troisième : l'*Engagement comportemental dans la sexualité*, l'*Amour et fidélité* et le *Goût de draguer*. Nous lui avons ajouté 9 nouveaux items dont les contenus ont été définis à partir de caractéristiques générales identifiées à l'adolescence : modifications au niveau des cognitions, découverte progressive de son corps et de celui d'autrui. L'échelle comportait donc 22 questions appelant des réponses en « vrai ou faux. ».

#### Procédure :

La passation s'est déroulée en classe et chaque élève a pu répondre de manière individuelle au questionnaire, qui était ensuite directement restitué à l'expérimentateur.

### **3.2 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre à la *prime adolescence***

Soixante-dix neuf pour cent des adolescents interrogés est encore vierges et 25% n'a jamais eu de flirt. Trente cinq pour cent des adolescents ne s'est jamais retrouvé en situation d'intimité (au sens être seul avec) avec un partenaire. Ils déclarent à 50% se sentir trop jeunes pour envisager d'entrée dans la sexualité. Le sentiment amoureux est un préalable pour avoir des rapports sexuels pour 70% des adolescents.

En fonction du genre, des différences existent. Les filles échangent plus fréquemment des affaires avec leur petit ami ( $F(1,298)=9.33, p<.01$ ). Elles pensent également plus que « pour faire l'amour, il faut s'aimer » ( $F(1,299)=5.33, p<.05$ ) ou de prévoir « d'attendre de trouver quelqu'un que j'aime pour avoir un rapport sexuel » ( $F(1,293)=11.72, p<.001$ ). Lorsqu'elles sortent avec quelqu'un, elles se déclarent également plus fidèles que les garçons ( $F(1,289)=18.59, p<.001$ ). Les garçons ont des scores plus élevés à l'item « j'aime draguer les filles/garçons » avec ( $F(1,293)=17.57, p<.001$ ) et sont plus favorables aux contacts physiques (se toucher, s'embrasser...) avec ( $F(1,302)=12.62, p<.001$ ). Ils déclarent également plus souvent que les filles que leur relation est passagère ( $F(1,283)=8.26, p<.01$ ). Les garçons sont plus nombreux à déclarer avoir des rapports sexuels dès que l'occasion se présentera ( $F(1,293)=23.97, p<.001$ ). Les garçons rapportent aussi plus se sentir trop jeune pour s'engager dans la sexualité ( $F(1,305)=14.26, p<.001$ ).

### 3.3 Validation factorielle du questionnaire à la *prime adolescence*

Nous avons effectué une analyse factorielle en composantes principales par la méthode qui maximise la variance (Varimax) sur les 22 items proposés. Le tracé des valeurs propres peut être consulté en annexe (Annexe V, p. xxxviii) Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire ont permis de retenir trois facteurs interprétables, qui expliquent 41% de la variance totale.

Le premier facteur, dont la valeur propre est de 4,6, explique 21% de la variance totale. Ce facteur sature (saturations  $\geq$  à .50) les items concernant le fait de sortir avec quelqu'un, d'avoir une relation sérieuse, d'avoir des contacts physiques, de rechercher de l'intimité et d'avoir déjà eu un rapport sexuel. Nous proposons de le nommer « *Sortir avec quelqu'un* » (plutôt que « *Engagement comportemental dans la sexualité* » dans la version initiale). Le second facteur dont la valeur propre est de 2,8, explique 13% de la variance. Il concerne des items qui posent la nécessité de s'aimer avant de sortir ensemble ou d'avoir une relation sexuelle et concerne également la fidélité. Nous proposons de l'appeler : « *Privilégier l'amour* » (plutôt que « *Amour et fidélité* »). Le troisième facteur dont la valeur propre est égale à 1,6, explique 7% de la variance totale. Il est en relation avec la recherche de compagnie d'un partenaire et de son contact physique afin d'avoir une relation sexuelle lorsqu'elle sera possible. Nous le nommons « *Draguer en espérant avoir des relations intimes* » (plutôt que « *Goût de draguer* »). Les alpha de Cronbach sont respectivement de .79, .70 et .66. Ces trois facteurs comportent 12 des 13 items de la version initiale, chacun dans leur dimension respective antérieure.

Tableau 7 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur les items relatifs à la sexualité à la *prime adolescence*

<i>Items &gt; .50</i>	Facteurs		
	I	II	III
Je suis souvent sorti/e avec des filles /garçons*	.75		
Ma relation avec ma copine/mon copain est une relation sérieuse	.68		
On s'est déjà retrouvé seuls dans l'intimité une ou plusieurs fois*	.67		
J'ai déjà eu une relation sexuelle avec une fille/garçon (dans le sens de « coucher » avec lui /elle)*	.61		
Avec ma copine/mon copain, on s'est déjà échangé des affaires*	.57		
J'ai déjà connu quelqu'un qui m'attire et avec qui je suis « sorti/e »	.55		
Je ne peux pas m'empêcher de séduire ou de « tomber » le plus de filles /garçons possible*	.47		
Je sors le soir (en soirées) avec des copines/des copains*	.43		
Je suis déjà parti en week-end ou en vacances avec ma copine/mon copain sans surveillance de nos parents)*	.40		
Je pense qu'on doit être amoureux/se avant d'envisager d'avoir des rapports		.72	
Je pense que pour sortir avec une fille /garçon, il faut être amoureux/se*		.68	
Je pense que pour faire l'amour; il faut s'aimer*		.66	
Je prévois d'attendre de trouver quelqu'un que j'aime pour avoir un rapport sexuel		.57	
Lorsque je sors avec quelqu'un, je suis fidèle*		.55	
C'est bien d'avoir des aventures sans lendemain		-.46	.41
Je prévois d'avoir un rapport sexuel quand l'occasion se présentera			.65
Je pense que c'est bien que les garçons et les filles s'embrassent, se prennent dans les bras et se touchent			.64
J'aime draguer les filles /garçons*	.48		.54
J'aime la compagnie des filles /garçons*			.54
Il m'est parfois arrivé d'être amoureux/se de plusieurs filles /garçons en même temps*			.42
Ma relation avec ma copine/mon copain est une relation passagère			.41
Je suis bien trop jeune pour imaginer quoi que ce soit avec quelqu'un			-.40
<i>Alpha de Cronbach</i>	.79	.70	.66

(\*) Marque les items du questionnaire antérieur (chacun des items étant dans la dimension initiale équivalente)

Nous avons testé cette solution par une analyse confirmatoire qui recherche l'adéquation du modèle retenu (trois dimensions qui saturent 15 items  $> .50$ ) aux données. Le résultat est le suivant :  $\chi^2$  de 162 avec 87 degrés de liberté (ddl),  $p < .001$  ; Goodness of fit index (GFI) de Joreskog de .91 et indice d'ajustement de parcimonie estimé par le Root mean square error of approximation (RMSEA) de .05. Les valeurs de ces indices témoignent d'une bonne adéquation du modèle retenu.

### **3.4 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre à la *late adolescence***

Quarante trois pour cent des adolescents interrogés n'a jamais eu de rapport sexuel et 13% n'est jamais « sorti avec quelqu'un ». Ils déclarent à 10% se sentir trop jeunes pour envisager entrer dans la sexualité. Le sentiment amoureux est un préalable pour avoir des rapports sexuels pour 66% des adolescents.

Aucune différence significative en fonction du genre n'a été découverte.

### **3.5 Validation factorielle du questionnaire à la *late adolescence***

La seconde analyse factorielle porte sur une population plus âgée (*late adolescence*) afin de déterminer les principaux facteurs émergeant à ces âges (tracé des valeurs propres, Annexe V, p.xxviii). La méthode par rotation Varimax a permis de mettre en évidence également trois facteurs qui expliquent 47% de la variance totale. La valeur propre du premier facteur s'élève à 4,87 et explique 22% de la variance totale. Ce premier facteur saturé les items évoquant les expériences sexuelles et sera nommé « *Engagement comportemental dans la sexualité* ». Le second facteur atteint une valeur propre de 3,91 et explique 18% de la variance totale. Il fait référence à la dimension affective de la sexualité avec les items sur le sentiment amoureux et la fidélité, ce facteur sera appelé « *Privilégier l'amour* » identiquement à l'échelle *IERS* à la *prime adolescence*. Le troisième facteur, obtient une valeur propre de 1,58 pour une explication à 7% de la variance totale. Il est en relation avec l'entrée et la recherche de contacts avec un partenaire et sera intitulé « *Relations* ». Ce dernier diffère quelque peu du troisième facteur « *Draguer en espérant avoir des relations intimes* » à la *prime adolescence* et reflète l'engagement sexuel plus important chez les adolescents plus âgés. Les alpha de Cronbach pour chacun de facteur s'élèvent à .78, .78 et .61.

**Tableau 8 :** Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur les items relatifs à la sexualité à la *late adolescence*

<i>Items &gt; .50</i>	Facteurs		
	I	II	III
J'ai déjà eu une relation sexuelle avec une fille/garçon (dans le sens de « coucher » avec lui /elle)*	.69		
Je sors le soir (en soirées) avec des copines/des copains*	.68		
On s'est déjà retrouvé seuls dans l'intimité une ou plusieurs fois*	.68		
Je pense que c'est bien que les garçons et les filles s'embrassent, se prennent dans les bras et se touchent	.63		
Avec ma copine/mon copain, on s'est déjà échangé des affaires*	.62		
Je suis déjà parti en week-end ou en vacances avec ma copine/mon copain (sans surveillance de nos parents)*	.62		
J'aime la compagnie des filles /garçons*	.61		
J'aime draguer les filles /garçons*	.44		
Je pense que pour faire l'amour; il faut s'aimer*		-.81	
Je pense qu'on doit être amoureux/se avant d'envisager d'avoir des rapports		-.81	
Lorsque je sors avec quelqu'un, je suis fidèle*		-.72	
Je pense que pour sortir avec une fille /garçon, il faut être amoureux/se*		-.66	
Je prévois d'attendre de trouver quelqu'un que j'aime pour avoir un rapport sexuel		-.56	
C'est bien d'avoir des aventures sans lendemain		.68	
Ma relation avec ma copine/mon copain est une relation passagère		.52	
Il m'est parfois arrivé d'être amoureux/se de plusieurs filles /garçons en même temps*		.44	
J'ai déjà connu quelqu'un qui m'attire et avec qui je suis « sorti/e »			.77
Ma relation avec ma copine/mon copain est une relation sérieuse			.73
Je suis souvent sorti/e avec des filles /garçons*			.67
Je prévois d'avoir un rapport sexuel quand l'occasion se présentera			
Je suis bien trop jeune pour imaginer quoi que ce soit avec quelqu'un			
<i>Alpha de Cronbach</i>	.78	.78	.61

(\*) Marque les items du questionnaire antérieur (chacun des items étant dans la dimension initiale équivalente)

Nous avons testé cette solution par une analyse confirmatoire qui recherche l'adéquation du modèle retenu (trois dimensions qui saturent 17 items  $> .50$ ) aux données. Le résultat est le suivant :  $\chi^2$  de 165 avec 77 degrés de liberté (ddl),  $p < .001$  ; Goodness of fit index (GFI) de Joreskog de .78 et indice d'ajustement de parcimonie estimé par le Root mean square error of approximation (RMSEA) de .08. Les valeurs de ces indices témoignent d'une adéquation acceptable du modèle retenu.

### 3.5 Discussion

Dans l'objectif de proposer des outils validés d'évaluation de la sexualité à l'adolescence, un travail de construction et de validation de questionnaires a été mis en œuvre. L'échelle des conduites sexuelles (*IERS*) que nous proposons a été construite à partir de l'échelle de Courtois et al., (1998). C'est donc une confirmation de ce premier travail menée ici sur un plus grand nombre de collégiens et lycéens, au lieu de l'échantillon plus restreint de collégiens de classe de troisième concerné initialement. Cet outil permet d'appréhender à la fois les dimensions affectives, comportementales et intentionnelles de la sexualité. Afin de permettre l'extension de son usage à la population adolescente entière, un travail de validation a été entrepris auprès à la *prime adolescence* (12-15 ans) et la *late adolescence* (15-18 ans).

Pour la *prime adolescence*, une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire a abouti à un questionnaire à 15 items. Cet outil est structuré en trois dimensions particulièrement significatives de la sexualité à cette période : *Sortir avec quelqu'un*, *Privilégier l'amour* et *Draguer en espérant avoir des relations intimes*. Ces dimensions sont sensiblement les mêmes que celles du questionnaire initial, mais on observe une modification des libellés due à l'ajout de quelques items nouveaux et surtout à l'âge différent des répondants qui sont plus jeunes : 13,8 en moyenne au lieu de 15,5 ans dans l'étude antérieure. On sait qu'il se produit des changements importants entre les attitudes et comportements des élèves de quatrième et de troisième. La première dimension *Sortir avec quelqu'un* évalue l'engagement comportemental et l'expérience sexuelle. Elle concerne aussi bien le fait de sortir avec quelqu'un que toutes les conduites d'investissement progressif de la relation à l'autre jusqu'aux situations d'intimité physique partagée, y compris la relation sexuelle. La seconde dimension, *Privilégier l'amour*, permet de mesurer la dimension affective, sentimentale de la sexualité. Elle intègre les idées ou les opinions accordant plus ou moins de place à l'amour et à la fidélité dans la relation sentimentale. La troisième dimension, *Draguer*

*en espérant avoir des relations intimes*, représente la dimension d'intentionnalité d'entrée dans la sexualité. Elle regroupe l'implication dans des conduites de séduction, de conquêtes et de recherches d'aventures.

Il existe, dans la perspective d'un gradient global du développement psychosexuel à l'adolescence, une tendance à davantage d'engagement sexuel avec l'âge. Afin de tenir compte de l'intensification des interactions sexuelles avec l'âge à l'adolescence, cette échelle *IERS* a fait l'objet d'une seconde validation sur une population adolescente plus âgée (*late adolescence*, lycéens et étudiants de première année de faculté). Ce traitement statistique a fait ressortir également trois dimensions significatives, légèrement modifiées par rapport à celles de la *prime adolescence*. La première *Engagement comportemental dans la sexualité* évalue les comportements sexuels des adolescents avec une place prégnante pour la relation sexuelle en elle-même. La seconde dimension, inchangée, *Privilégier l'amour* mesure toujours la place des sentiments dans les rencontres sexuelles et amoureuses. La troisième dimension intitulée *Relations* englobe non plus l'intentionnalité d'entrée dans des rencontres amoureuses ou sexuelles, mais l'engagement concret dans des interactions avec un petit(e) ami(e) (flirt). La validation de cette échelle sur une population adolescente plus âgée rend bien compte de cette translation de l'intentionnalité sexuelle vers l'engagement sexuel concret avec l'âge.

Au total, outre son intérêt psychométrique, l'échelle obtenue par ces études permet d'opérationnaliser la sexualité à la *prime adolescence* et à la *late adolescence* sur trois dimensions différenciées et complémentaires (concernant l'intérêt pour la sexualité, les émotions et l'engagement). Cet outil permet d'évaluer la sexualité adolescente à la fois d'un point de vue développemental et d'un point de vue des conduites à risque. L'*IERS* évaluant les interactions entre la sexualité et la relation amoureuse, elle permettra de déterminer des profils d'adolescents à risque en termes de santé sexuelle. En effet, comme précédemment vu, il est admis qu'à la fois la dissociation de la vie affective et de la sexualité, et la précocité sexuelle, sont associées à davantage de risques sexuels (multi-partenariat, non protection...) (Bozon, 1993; Courtois, Potard, Réveillère, & Moltrecht, In press; Lammers et al., 2000; Wellings et al., 2001). Cette échelle à la *prime adolescence* a fait l'objet d'une publication sous presse en 2010 (Courtois et al., In press). L'*IERS* dans sa version *late adolescence* devra faire l'objet d'une validation plus étendue à partir d'un échantillon plus large.

## **4. Etude 4 : Validation d'une échelle de conduites sexuelles à risque à l'adolescence**

Après avoir validé un outil fiable de mesure de la sexualité à l'adolescence (*IERS*), nous devons également entreprendre un travail de réplication et de validation d'une échelle des conduites sexuelles à risque à ces âges. En effet, notre problématique se propose d'étudier les relations entre attachement et prise de risque sexuelle à la *late adolescence*. Il est donc nécessaire au préalable de valider un outil d'évaluation des conduites sexuelles à risque (questionnaire).

### **4.1 Objectifs et méthode de l'étude**

#### Objectif :

L'adolescent souhaite mettre à l'épreuve son corps, pour en comprendre le fonctionnement. Cela peut le conduire à adopter des conduites sexuelles à risque telles que l'absence d'utilisation de moyens de contraception ou de protection contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/Sida, le choix des partenaires, leur nombre, l'association à une consommation d'alcool ou à l'usage de toxiques (cannabis, ecstasy, héroïne...), l'association à la violence sexuelle subie... En effet, la période même de l'adolescence semble peu propice à la prise de conscience des risques encourus. Le danger de mort que constitue le VIH/Sida, par exemple, est souvent soit ignoré soit nié par les adolescents. Afin d'être en capacité de proposer une mesure des conduites sexuelles à risque chez une population adolescente française, il a été également nécessaire de construire et valider une échelle des conduites sexuelles à risque. L'élaboration d'outils d'évaluation standardisés de la sexualité a été un préalable nécessaire à nos travaux portant sur l'attachement parental, l'*estime de soi* et la sexualité à l'adolescence. Cette étude a été effectuée auprès de lycéens et étudiants de première année qui ne sont pas nécessairement des « *late adolescents* », afin de valider un questionnaire de sexualité à la *late adolescence* et chez les jeunes adultes.

### Participants :

Nous avons interrogé 203 sujets dont 97 lycéens (lycée général) et 106 étudiants de première année de faculté (en psychologie). L'âge moyen de notre échantillon était de 17,70 ans (ET=1,06, étendue de 13,8<sup>14</sup> à 20,1 ans), sans différence significative selon le genre. Il se composait de 80 % de femmes et 20% d'hommes.

### Outils :

Le questionnaire proposé a été construit à partir de 30 questions fermées élaborées dans le cadre d'une étude descriptive de santé publique auprès de 1859 lycéens français et 292 élèves congolais (Courtois, Mullet, & Malvy, 2001). Ces items portaient sur différents aspects des comportements sexuels. Ils concernaient le nombre de partenaires ou de rapports sexuels (au cours de la vie, les deux et douze mois derniers mois), l'utilisation du préservatif, le type de rapports sexuels (vaginaux, oro-génitaux, anaux) avec ou sans préservatif, les rapports homosexuels (occasionnels ou réguliers), les partenaires à risque (par exemple, consommateurs de drogues injectables), les rapports sexuels dans un état d'ébriété, la sexualité sous la contrainte, et la grossesse au cours de l'adolescence. Il était clairement indiqué aux garçons de ne pas prendre en compte à certains items concernant la grossesse, exclusivement destinés aux filles. Les auteurs (Courtois et al., 2001) avaient trouvé trois facteurs à l'issue d'une analyse factorielle sur les données, des élèves français, mais aussi congolais. Ces facteurs étaient l'*Engagement sexuel monogame et l'usage du préservatif*, les *Partenaires à risque* et les *Rapports homosexuels et anaux* (Annexe VI, p.xxxix). Les auteurs avaient alors fait le choix d'exclure dans leur analyse factorielle les items relatifs à la grossesse, car spécifiques aux filles. Ce travail empirique n'avait pas été publié. Notre population a répondu à ces items sur des échelles de Likert en sept points allant de «jamais» à «à tous les jours», ou «jamais» à «très souvent».

### Procédure :

Les questionnaires ont été distribués individuellement aux participants durant leurs enseignements (cours, travaux dirigés ou cours magistraux). Ils étaient alors directement restitués une fois remplis à l'expérimentateur.

---

<sup>14</sup> Un seul lycéen de notre échantillon a déclaré avoir moins de 14 ans (élève précoce).

## 4.2 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre

Soixante-dix huit pour cent des adolescents interrogés déclare avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, 68% déclare abandonner l'usage du préservatif lors que la relation devient durable. Trente-trois pour cent déclare toujours utiliser le préservatif lors des rapports sexuels contre 22% qui affirme ne jamais en mettre. Des antécédents d'IST sont déclarés à 3% par les adolescents. Dix-sept pour cent des adolescents pense qu'il ne présente pas de risque d'être infecté par le VIH/Sida ou une IST.

Vingt-sept pour cent des adolescents n'a eu qu'un partenaire sexuel dans l'année, 47% deux partenaires, 21% trois et 5% plus de trois partenaires. Neuf pour cent a déjà eu des rapports sexuels sous la contrainte, 10% des rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool. Cinq pour cent des jeunes femmes déclare une grossesse non planifiée.

En fonction du genre, les garçons déclarent un nombre plus important de partenaires sexuels ( $F(1,161)=13.80, p<.001$ ) et de rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool ( $F(1,151)=9.61, p<.01$ ).

Certains items proposés n'ont pas pu être traités (usage de drogues injectables et être à l'origine d'une grossesse) car aucun ou trop peu de répondants n'a répondu positivement à ces questions.

## 4.3 Validation factorielle du questionnaire à la *late adolescence*<sup>15</sup>

Nous avons effectué une analyse factorielle en composante principale par Varimax à partir de ces 30 items. Nous avons dû écarter les deux items liés aux drogues injectables (du fait de leur variance nulle), l'item relatif au fait d'être à l'origine d'une grossesse (réservé aux seuls garçons) et les trois items relatifs aux grossesses (réservés aux filles). Nous avons choisi d'effectuer une analyse factorielle commune aux garçons et filles, aux 23 items restants. Le tracé des valeurs propres est consultable en annexe (Annexe VII, p. *xli*). L'analyse factorielle a permis de retenir trois facteurs principaux qui expliquent 42% de la variance totale. Le premier facteur, appelé *Engagement sexuel monogame et usage du préservatif*, concernent les items ayant trait au nombre de rapports sexuels et l'absence d'usage du préservatif. Sa valeur

---

<sup>15</sup> Le titre « late adolescence » est utilisé ici, car c'est à cette période que l'on va évaluer l'effet de l'attachement sur la sexualité des adolescents. Cependant nous avons choisi délibérément, d'effectuer un travail de validation de cette échelle auprès des *late adolescents* et de jeunes adultes.

propre s'élève à 6,0, soit 23,1% de la variance totale expliquée. Avec une valeur propre de 3,0, le second qui sera intitulé *Partenaires à risque*, explique 11,7% de la variance totale. Les items ainsi rassemblés traitent des relations à risque (partenaires plus âgés, inconnu, peu sûr ou rapports sexuels tarifés). Le troisième facteur, intitulé *Rapports homosexuels ou anaux*, a une valeur propre de 1,70 pour explication de 5,6% de la variance totale. Les alpha de Cronbach respectifs sont de .92, .77 et .56. Une analyse factorielle portant uniquement sur les filles et permettant d'intégrer les items liés à la grossesse a également été menée. Elle permettait de retrouver ces trois facteurs plus un facteur *Grossesse*. Nous n'avons pas retenu ce modèle et décidé de privilégier une analyse commune aux garçons et filles. Les items du facteur *Grossesse* peuvent néanmoins être traités séparément.

Tableau 9 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur les items relatifs à la sexualité à risque l'adolescence

<i>Items</i> ≥ .50	Facteurs		
	I	II	III
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type orogénital sans mettre de préservatif.	.78		
J'indique le nombre de rapports sexuels que j'ai eu au cours des deux derniers mois.	.76		
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type vaginal sans mettre de préservatif.	.76		
J'indique le nombre de partenaires sexuels que j'ai déjà eu au cours de toute ma vie:	.76		
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type orogénital (fellation, cunnilingus ...).	.76		
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels sans mettre de préservatif.	.74		
J'indique le nombre de partenaires sexuels que j'ai eu au cours des douze derniers mois:	.73		
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type vaginal.	.65		
J'utilise le préservatif au début de ma relation avec quelqu'un, puis par la suite quand je suis avec lui (ou elle) de manière plus durable, je n'en utilise plus.	.62		
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type anal sans mettre de préservatif.	.50		
J'indique le nombre de rapports sexuels que j'ai déjà eu au cours de toute ma vie:		.78	
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un dont je n'étais pas très sûr.		.65	
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels après avoir trop bu.		.56	
J'indique le nombre de rapports sexuels que j'ai eu au cours des douze derniers mois :		.56	
J'ai déjà eu un rapport sexuel avec un partenaire beaucoup plus âgé que moi (près de 8 à 10 ans de différence ou davantage).		.42	
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un du même sexe que moi.			.81
J'ai régulièrement des rapports sexuels avec quelqu'un de même sexe que moi.			.69
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type anal.			.56
Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels en payant ou en étant payé(e).			.54

Lors du premier rapport sexuel (si j'en ai déjà eu un), j'ai utilisé un préservatif

Je considère que par rapport à la moyenne des gens, je n'ai absolument aucun risque d'être contaminé par le virus du sida ou d'autres formes de maladies sexuellement transmissibles (IST)

Lors du premier rapport sexuel (si j'en ai déjà eu un), j'ai utilisé un autre moyen de contraception.

J'ai déjà eu un rapport sexuel sous la contrainte.

Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire dont je sais qu'il prend des drogues injectables.

Si ma relation avec quelqu'un est durable, j'estime ne plus avoir besoin de mettre de préservatif parce que j'ai confiance en mon partenaire.

J'ai déjà eu une maladie sexuellement transmissible.

---

*Alpha de Cronbach*

.91 .77 .56

---

Nous avons testé cette solution par une analyse confirmatoire qui recherche l'adéquation du modèle retenu (trois dimensions qui saturent 19 items  $>.50$ ) aux données. Le résultat est le suivant :  $\chi^2$  de 352 avec 131 degrés de liberté (ddl),  $p <.001$  ; Goodness of fit index (GFI) de Joreskog de .77 et indice d'ajustement de parcimonie estimé par le Root mean square error of approximation (RMSEA) de .09. Les valeurs de ces indices témoignent d'une adéquation faible du modèle retenu.

#### **4.4 Discussion**

Afin de pouvoir tester nos hypothèses d'une plus grande prise de risque sexuel chez les adolescents ayant des attachements *insecurés (ambivalent)* et une *estime de soi basse*, nous avons entrepris un travail de validation d'outils.

L'adolescence peut se qualifier comme une période développementale rapide de transition et de remaniement identitaire au cours de laquelle les jeunes acquièrent des capacités et se trouvent confrontés avec une multitude de situations nouvelles. Dans cette optique, l'adolescence offre des occasions de progrès mais présente aussi des risques pour la santé et le bien-être. Les schémas comportementaux acquis à l'adolescence sont nombreux et peuvent durer tout le long de la vie affectant à leur tour la santé et le bien-être des adultes en devenir : tels que les relations avec l'autre sexe, les comportements sexuels. Les risques dits « traditionnels » de la sexualité sont dus au souhait de l'adolescent de mettre à l'épreuve son propre corps pour en comprendre le fonctionnement. Pour en vérifier la normalité, il peut mettre ce corps dans des situations risquées ou dangereuses par des passages à l'acte sexuel.

La sexualité peut alors revêtir un aspect de prises de risques tant dans la non utilisation de moyens efficaces de contraception et de protection, que dans le choix et le nombre de partenaires, l'association avec l'usage de substances psycho-actives. Ce travail proposait une réplique d'une échelle de conduites sexuelles à risque à l'adolescence proposée par Courtois et al., (2001) en interrogeant des lycéens et des étudiants de première année de faculté. Le modèle en trois facteurs proposé initialement pour les auteurs est resté stable pour notre échantillon. Une analyse factorielle exploratoire et confirmatoire a permis de dégager ces trois facteurs, incluant 19 des items proposés. Le premier facteur mis en lumière concerne l'*Engagement sexuel monogame et l'usage du préservatif*, incluant des rapports et des partenaires sexuels peu nombreux et l'usage de préservatifs. Il est caractérisé par une activité sexuelle en général de type vaginale (et oro-génitale), souvent sans mettre de préservatif en particulier lors de relation durable avec préférentiellement un même partenaire. Nous avons choisi de l'appeler comme cela, car le fait que le sujet indique qu'il n'utilise plus le préservatif en cas de relation stable correspond bien à la situation la plus fréquente à l'adolescence d'une suite de relations monogames. Ce facteur explique une part importante de la variance totale et concerne le plus grand nombre de sujets. Il représente une sexualité moins risquée, même si l'absence d'utilisation régulière du préservatif est controversée (Wendt & Solomon, 1995). Le second facteur, *Partenaires à risque*, comprend les relations des partenaires jugés à risque (peu sûr, multi-partenariat et rapport sous l'emprise de l'alcool). Ces items renvoient à une activité sexuelle importante avec un nombre élevé de partenaires à risque associé à une alcoolisation excessive. Le troisième facteur concerne les patterns comportementaux liés à l'homosexualité et aux rapports anaux, il est appelé *Rapports homosexuels ou anaux*. Ces trois facteurs sont conformes à ceux trouvés par Courtois et al., (2001). Ce travail de validation de cette échelle permet ainsi d'évaluer les principaux risques sexuels identifiés par la littérature. Elle est pertinente chez les 16-20 ans, période où l'engagement sexuel est plus prégnant et donc les risques potentiels liés à cet engagement se développent. Sa simplicité et rapidité de passation devrait permettre des applications dans la pratique clinique et en recherche (comme instrument unique de mesure des conduites sexuelles à risque à l'adolescence). Cette échelle pourrait être un outil utile dans le dépistage et la prévention des conduites sexuelles à risque. Un travail de vérification et de réplique de cette échelle des conduites sexuelles à risque est d'ores et déjà en cours.

## 5. Etude 5 : Maturation pubertaire, sexualité à l'adolescence et estime de soi

L'étude numéro deux nous a permis de montrer que l'*estime de soi*, la satisfaction corporelle jouaient un rôle dans la prise de risque sexuel chez le jeune adulte. Nous souhaitons également étudier l'investissement émotionnel et cognitif des adolescents dans la sexualité en fonction de leur niveau d'*estime de soi*. Notre cinquième étude étudie les liens entre ces deux variables (sexualité à l'adolescence et *estime de soi*), en tenant compte du degré de maturation pubertaire. Cette dernière variable nous permettra de démontrer la pertinence ou non de proposer des protocoles distincts en fonction des phases de l'adolescence (*prime adolescence* et *late adolescence*)

### 5.1 Objectifs et méthode de l'étude

#### Objectif :

L'exploration de la sexualité à l'adolescence est étroitement liée à la maturation pubertaire. Ce travail étudiait les liens existant entre la sexualité et deux autres facteurs jouant un rôle essentiel à l'adolescence : le développement pubertaire pour l'abord physiologique et l'*estime de soi* globale et *corporelle*, pour l'abord psychologique. L'objectif de cette étude était de déterminer l'influence du développement pubertaire et de l'*estime de soi corporelle* sur l'engagement sexuel de jeunes adolescents (activité sexuelle, dimension amoureuse et intention) en établissant une distinction de genre.

#### Procédure :

Nous avons interrogé 312 jeunes collégiens de classes de cinquième, quatrième et troisième. Leur moyenne d'âge est de 13,8 ans avec un écart type de 1,02, sans différence significative selon le genre (étendue de 10,6 à 16,9 ans). La population se composait de 52,6% de filles et de 47,4% de garçons.

#### Outils :

Les questionnaires utilisés étaient l'*échelle de développement pubertaire* (Carskadon & Acebo, 1993) qui mesure indirectement le stade pubertaire (de Tanner), le *PSDQ* (Guérin et

al., 2001, 2004) pour la mesure de l'*estime de soi* et l'*IERS* (Courtois et al., In press) dans sa version *prime adolescence* pour évaluer la sexualité (intérêts, émotion et relations sexuelles).

Procédure :

Les collégiens ont répondu à ce questionnaire durant leurs heures d'enseignement. L'expérimentateur récupérait directement les questionnaires remplis.

## 5.2 Fiabilité des échelles

Les alpha de Cronbach sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les alpha de Cronbach des domaines du *PSDQ* se trouvent en annexe (Annexe VIII, p. *xlii*).

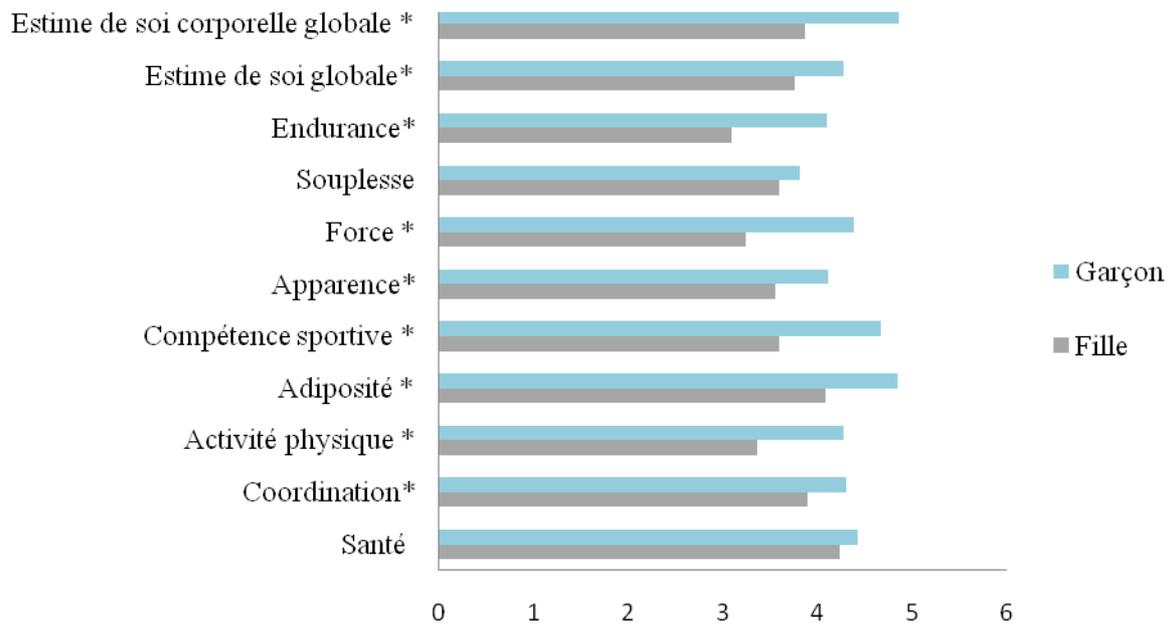
Tableau 10: Alpha de Cronbach des différentes échelles

		Alpha de Cronbach
<i>Physical self description questionnaire (PSDQ)</i>		.87
<i>Echelle de développement pubertaire</i>	Garçon	.72
	Fille	.69
<i>Echelle Intérêts, Emotions, Relations sexuelles (IERS)</i>	<i>Sortir avec quelqu'un</i>	.78
	<i>Privilégier l'amour</i>	.68
	<i>Draguer (...)</i>	.63

## 5.3 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre

Les résultats sur les domaines de l'*estime de soi* du *PSDQ* sont détaillés dans la figure 3 en fonction du genre. Il existe un effet de genre sur les différents domaines de l'*estime de soi corporelle* excepté pour les domaines *santé* et *souplesse*. Les garçons ont systématiquement des scores plus élevés.

**Figure 3 :** Scores moyens en fonction du genre au questionnaire d'estime de soi (PSDQ)



\*La mention \* indique la significativité au seuil  $p < .05$ .

Pour la variable sexualité, il existe également un effet de genre pour les facteurs *Privilégier l'amour* ( $F(1,305) = 9.14, p < .01$ ) et *Draguer en espérant avoir des relations intimes* ( $F(1,305) = 28.37, p < .001$ ). Les filles ont des scores significativement plus élevés au facteur *Privilégier l'amour* alors que les garçons ont des scores significativement plus élevés au facteur *Draguer (...)*. Aucune différence significative n'a été mise en évidence pour le facteur *Sortir avec quelqu'un*. Il peut être noté que 15% des adolescents de notre échantillon a déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle contre 11% des adolescentes.

Une différence de genre apparaît également pour l'*Echelle de développement pubertaire*. Les filles ont significativement un développement pubertaire plus avancé que les garçons ( $F(1,305) = 15.80, p < .001$ ).

## 5.4 Relations entre le développement pubertaire, l'estime de soi et la sexualité à l'adolescence

### 5.4.1 Relations entre le développement pubertaire et la sexualité

Un premier traitement statistique est effectué afin de déterminer la significativité des relations entre le niveau de développement pubertaire et la sexualité à l'adolescence dans ses trois dimensions (engagement, émotion et intérêt).

Tableau 11 : Corrélations entre le développement pubertaire et la sexualité à l'adolescence en population générale et selon le genre.

	Maturation pubertaire		
	Ensemble	Fille	Garçon
<i>Sortir avec quelqu'un</i>	<b>.18**</b>	<b>.29***</b>	<i>ns</i>
<i>Privilégier l'amour</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Draguer (...)</i>	<b>.24***</b>	<b>.27***</b>	<b>.27***</b>

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

Pour l'ensemble de la population, le degré de développement pubertaire est corrélé positivement avec *Sortir avec quelqu'un* et *Draguer (...)*. On retrouve ces corrélations significatives chez les filles, en revanche chez les garçons, seul le facteur *Draguer (...)* est significativement associé au degré de développement pubertaire.

### 5.4.2 Relations entre le développement pubertaire et l'estime de soi

Nous avons également recherché des associations entre le degré de développement pubertaire et la variable *estime de soi* (y compris *corporelle*). Pour l'ensemble des adolescents, il existe des corrélations significatives entre le développement pubertaire et l'*estime de soi* ( $r = -.13$ ,  $p < .05$ ), l'*estime de soi corporelle* ( $r = -.15$ ,  $p < .05$ ), ainsi qu'avec les dimensions *santé* ( $r = .13$ ,  $p < .05$ ), *adiposité* ( $r = -.16$ ,  $p < .01$ ) et *endurance* ( $r = -.12$ ,  $p < .05$ ). Lorsque l'on prend en compte que les filles, seule la dimension *adiposité* reste corrélée au

développement pubertaire ( $r=-.23, p<.01$ ). Pour les seuls garçons, seules demeurent les corrélations avec la *santé* et la *force* avec respectivement  $r=.23, p<.01$  et  $r=.18, p<.05$ .

### 5.4.3 Relations entre l'estime de soi et la sexualité

Les corrélations entre l'*estime de soi* (PSDQ) et la sexualité (IERS) ont été présentées ci-après.

Tableau 12 : Corrélations entre l'*estime de soi* et l'*estime de soi corporelle* et les comportements sexuels

	<i>Sortir avec quelqu'un</i>	<i>Privilégier l'amour</i>	<i>Draguer (...)</i>
<i>Estime de soi</i>	<i>ns</i>	<b>.14*</b>	<i>ns</i>
<i>Estime de soi corporelle</i>	<b>.17**</b>	<i>ns</i>	<b>.15**</b>

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

Une *estime de soi* élevée est liée au facteur *Privilégier l'amour* dans la sexualité. Une *estime de soi corporelle* élevée est significativement associée à plus d'engagement comportemental et d'intérêts sexuels (*Sortir avec quelqu'un* et *Draguer...*).

Concernant les domaines de l'*estime de soi corporelle* et la sexualité à l'adolescence, on observe des associations spécifiques. L'engagement comportemental (*Sortir avec quelqu'un*) est significativement corrélé à de nombreux domaines de l'*estime de soi corporelle* parmi lesquels la *coordination* ( $r=.12, p<.05$ ), l'*activité physique* ( $r=.15, p<.05$ ), la *compétence sportive* ( $r=.24, p<.001$ ), l'*apparence* ( $r=.31, p<.001$ ), la *force* ( $r=.20, p<.001$ ). Le facteur *Draguer (...)* est significativement corrélé avec les domaines de la *coordination* ( $r=.21, p<.001$ ), l'*activité physique* ( $r=.12, p<.05$ ), la *compétence sportive* ( $r=.18, p<.01$ ), l'*apparence* ( $r=.15, p<.05$ ), la *force* ( $r=.16, p<.01$ ), et la *souplesse* ( $r=.12, p<.05$ ).

## 5.5 Discussion

L'*IERS* dans sa version *prime adolescence* a été utilisée afin de mettre en lumière les liens entretenus entre l'engagement dans la sexualité à l'adolescence et les modifications issues de la puberté, à travers deux mesures : le degré de maturation pubertaire et le niveau d'*estime de soi* chez des collégiens.

Tout d'abord, logiquement, il apparaît que le niveau de développement pubertaire, transformant le corps de l'enfant en corps sexualisé, génitalisé de l'adulte, détermine en partie l'entrée dans la sexualité des adolescents. L'accession à de nouvelles possibilités sexuelles découlant de la maturation physiologique et psychologique de l'adolescence se trouve, dans ce travail, étroitement lié à l'engagement sexuel des jeunes, particulièrement chez les filles (*Sortir avec quelqu'un*) mais également à l'intentionnalité d'entrée dans la sexualité (*Draguer en espérant avoir des relations intimes*). Chez les garçons, seul ce dernier facteur se trouve associé à la maturation pubertaire. L'apparition des changements biologiques et de la maturation sexuelle semble susciter chez les adolescents une certaine curiosité sexuelle pour devenir ensuite sexuellement actif. Ce lien entre transformations physiologiques pubertaires et passage à l'acte sexuel est bien documenté (Courtois et al., 2000; Shulman & Seiffge-Krenke, 2001). Il faut relever ici une différence selon le genre : alors que la maturation pubertaire engage davantage les filles dans une mise en acte de la sexualité, à un véritable engagement sexuel, pour les garçons celle-ci les conduit plus à une sexualité fantasmée, relevant davantage « de l'intention que de l'action ». En revanche, le degré de maturation pubertaire ne semble pas influencer sur la dimension amoureuse de la sexualité. Cependant, comme l'indique Bozon (1993), entre autres, la sphère affective de la sexualité est plus investie chez les adolescentes que chez les adolescents. Il apparaît donc que les aspects comportementaux et pulsionnels de la sexualité sont liés au développement biologique (puberté) plus qu'aux aspects sentimentaux de la sexualité. A partir de ces résultats, nous pouvons juger utile de proposer des outils et des protocoles spécifiques en fonction de l'âge des adolescents (*prime adolescence* et *late adolescence*). Nous proposerons une interprétation des relations entre les styles d'attachement et de la sexualité à l'adolescence en tenant compte de ses aspects développementaux.

Notre travail souhaitait également éclairer les liens existant entre la maturation pubertaire et l'*estime de soi* globale et *corporelle*. En effet, le corps de l'adolescent subit des mutations importantes nécessitant pour lui une réappropriation. A partir de nos résultats, il semble que plus de développement pubertaire progresse, plus l'insatisfaction globale et corporelle de soi augmentent chez les adolescents, quel que soit le genre. L'*estime de soi corporelle* et l'*estime de soi* se trouvent affectées par les changements morphologiques et physiologiques de la puberté. Cependant cet impact diffère selon les domaines corporels en fonction du genre. Alors que les modifications pubertaires tendent à détériorer le domaine *adiposité* chez les filles, chez les garçons se sont les domaines *santé* et *force* qui sont le plus

touchées. On retrouve ici la dichotomie de l'investissement corporel dans les sociétés occidentales, où les caractéristiques corporelles socialement valorisées ont trait, pour les femmes, à la minceur et pour les hommes, à la virilité (Cash, 2005).

Enfin, le niveau d'*estime de soi* et *corporelle* influence également les expériences sexuelles des collégiens. L'*estime de soi* s'associe significativement à la dimension amoureuse de la sexualité. Plus un adolescent a une *estime de soi* élevée, plus il privilégie la dimension affective de la sexualité. Dans cette situation, l'adolescent possède une confiance en soi suffisante pour ne pas s'engager dans une sexualité de type génitalisée. En revanche, le niveau d'*estime de soi* ne semble pas être impliqué à la *prime adolescence* dans l'intentionnalité et l'engagement sexuel. Pour l'*estime de soi corporelle*, il existe une association à la fois avec l'engagement sexuel et l'intention d'entrée dans la sexualité : la satisfaction que l'adolescent éprouve à l'égard de son corps s'associe à l'activité sexuelle (passage à l'acte et intention). La certaine satisfaction corporelle ressentie par l'adolescent tendrait à lui prodiguer un niveau d'auto efficacité, de compétence lui permettant de s'engager ou d'envisager s'engager dans la sexualité. Ces résultats confirment ceux de Gillen et al., (2006). Au sein de l'*estime de soi corporelle*, quelques domaines contribuent à cette relation avec l'engagement sexuel : ce sont essentiellement les domaines physiques et sociaux du corps (*activité physique, compétences sportives, force et apparence*). On retrouve ici les deux dimensions de l'image du corps sexualisée de nos sociétés avec la représentation sociale d'un corps objet de performances et de compétences (force, vitesse, énergie, efficacité physique), associé à la virilité, et la représentation d'un corps social (*apparence*), associé à la féminité.

Les modifications du corps à l'adolescence entraînent à la fois de nouvelles perspectives avec la possibilité d'explorer la sexualité tout en provoquant de réels dommages à l'*estime de soi* des adolescents. Ainsi, il apparaît qu'avec la maturation pubertaire, la motivation à engager une sexualité et à la mettre réellement en acte s'accroît. La sexualisation du corps et les transformations intrapsychiques qu'elle implique, engendre un intérêt sexuel accru des adolescents. Réciproquement, les mutations du corps de l'adolescent provoquent un nouveau regard social sur son corps, un regard érotisé. Cette exploration de la sexualité, normal à ce stade de développement, peut cependant être compromise par une *estime de soi corporelle* basse. Il semble que l'éveil corporel pubertaire s'accompagne d'une chute de l'*estime de soi*, y compris *corporelle*, chez les adolescents. Les transformations corporelles imposées par la puberté tendent à provoquer une insatisfaction dans les domaines corporels socialement valorisés (force-virilité pour les garçons, apparence pour les filles). L'*estime de*

*soi corporelle* tend à favoriser l'engagement dans la sexualité à la *prime adolescence* lorsqu'elle est élevée. Inversement, lorsqu'elle est basse, elle réduit l'intentionnalité sexuelle. A l'adolescence, une forme de conflictualité existe entre d'une part, le processus pubertaire qui accroît le désir d'engagement sexuel et d'autre part, qui crée une insatisfaction de soi freinant l'engagement sexuel. La portée de ces conclusions doit cependant être limitée à la lumière de la faiblesse des corrélations découvertes (bien que significatives). D'autres travaux devront les confirmer.

## 6. Etude 6 : Attachement, sexualité et estime de soi à la *prime adolescence*

Les précédents travaux nous ont permis de mettre en lumière le bien fondé d'une problématique interrogeant les liens entre la qualité de l'attachement aux parents et les modalités d'engagement sexuel des adolescents (étude 1). Il apparaît que l'*estime de soi* intervient bien dans la prise de décision sexuelle des jeunes adultes (conduites sexuelles à risque) et des adolescents (*prime adolescence*-engagement sexuel) (études 2 et 5). Deux études (études 3 et 4) de validation d'échelle de sexualité nous permettent dorénavant de mesurer les différentes dimensions de la sexualité adolescente, tout en tenant compte du développement psychosexuel et maturationnel de ces populations souligné par l'étude 5 (échelle spécifique à la *prime adolescence* et à la *late adolescence*).

### 6.1 Objectifs et méthode de l'étude

#### Objectif :

On s'accorde sur le fait que la sexualité des individus se construit depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte, à travers leurs relations aux autres, notamment leurs relations d'attachement. L'objectif de cette étude est de clarifier les liens existants entre les styles d'attachement aux parents (mère et père) et le rapport à la sexualité à l'adolescence (engagement dans la sexualité, sentiment d'être prêt pour la sexualité et dimension amoureuse). Nos précédents travaux montrent qu'il existe des relations particulières entre l'*estime de soi* et l'engagement sexuel chez les collégiens et les jeunes adultes. Nous avons souhaité également introduire la variable *estime de soi* dans notre protocole. Cette dernière était envisagée comme une variable intermédiaire, médiatrice dans la relation entre l'attachement et la sexualité à l'adolescence. Nous souhaitons étudier la sexualité dans ses prémices afin de pouvoir étudier plus particulièrement l'impact du premier rapport sexuel. Nos hypothèses étaient les suivantes : (i) les adolescents *secures* s'engagent moins précocement dans la sexualité et privilégient une sexualité plus sentimentaliste (H1.1) ; (ii) les adolescents *insecures ambivalents* s'engagent plus précocement dans la sexualité (H1.2) ; (iii) les adolescents *insecures évitants* présentent plus souvent un évitement de la sexualité ou

privilégient une sexualité dénuée de sentiments (H1.3). Pour l'*estime de soi*, nous avons postulé que : (i) les sujets *secures* ont une *estime de soi* plus élevée que les autres (H2.1) et (ii) qu'une *estime de soi* élevée s'associe à une sexualité moins précoce et plus sentimentalisee (H2.2).

#### Population :

Une population de 322 jeunes adolescents (12-15 ans) a été interrogée. Les adolescents scolarisés en sixième (11-12 ans) ont été exclus afin de ne pas les heurter et car certains de nos outils n'étaient pas validés pour une population de moins de 12 ans. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 13,8 ans (ET=1.03, étendue de 11,8 à 16,9 ans), sans différence significative selon le genre. Concernant le genre, les effectifs se répartissaient de la sorte : 53% de filles et 47% de garçons.

#### Outils :

Les questionnaires suivants ont été utilisés : l'*IPPA* (Vignoli & Mallet, 2004) pour l'attachement, l'*IERS* dans sa version *prime adolescence* (Courtois et al., In press) pour la sexualité et le *PSDQ* (Guérin et al., 2001, 2004) pour l'*estime de soi*.

#### Procédure :

Les données ont été recueillies individuellement au sein des établissements scolaires.

## **6.2 Fiabilité des échelles**

L'ensemble des coefficients est présenté ci-dessous. Globalement, excepté les facteurs *Aliénation* à la mère et au père de l'*IPPA*, tous les alpha de Cronbach sont supérieurs à .70. La fiabilité des échelles est donc dans l'ensemble jugée satisfaisante. Les alpha de Cronbach des domaines du *PSDQ* se trouvent en annexe (Annexe IX, p. *xliii*).

Tableau 13 : Alpha de Cronbach des échelles

	Alpha de Cronbach	
	<i>Estime de soi</i>	.91
<i>Physical Self Description Questionnaire (PSDQ)</i>	<i>Estime de soi corporelle</i>	.84
	<i>PSDQ</i>	.89
	<hr/>	
<i>Inventaire d'attachement aux parents (IPPA)</i>	<i>Communication mère</i>	.77
	<i>Communication père</i>	.80
	<i>Confiance mère</i>	.79
	<i>Confiance père</i>	.77
	<i>Aliénation mère</i>	.57
	<i>Aliénation père</i>	.57
	<i>IPPA</i>	.77
	<hr/>	
<i>Echelle Intérêts, Emotions et Relations sexuelles (IERS) prime adolescence</i>	<i>Sortir avec quelqu'un</i>	.79
	<i>Privilégier l'amour</i>	.70
	<i>Draguer (...)</i>	.66
	<i>IERS</i>	.70

### 6.3 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre

#### L'attachement

L'*IPPA*, permet à partir de trois dimensions (*communication*, *confiance* et *aliénation*) de catégoriser les styles d'attachement des individus en suivant les instructions d'Armsden and Greenberg (1987). La combinaison de ces trois dimensions en fonction du fait qu'elles soient élevées, basses ou moyennes permet de déterminer précisément le style d'attachement (par exemple, communication, confiance élevées et aliénation basse équivaut à un style d'attachement *secure*). Mais il arrive également que certaines combinaisons ne trouvent pas de correspondance (par exemple, communication modérée, confiance et aliénation basses). Il existe des différences significatives en fonction du genre pour les dimensions *Communication paternelle*, ( $F(1,273)=4.59$ ,  $p<.05$ ) et *Confiance maternelle*, ( $F(1,304)=5.1$ ,  $p<.05$ ). Les garçons ont des scores plus élevés à ces deux dimensions.

Le tableau ci-dessous propose la répartition des trois styles d'attachement (*secure*, *insecure ambivalent*, *insecure évitant*) pour l'ensemble des adolescents<sup>16</sup>. Il existe des différences significatives selon le genre pour le style d'attachement *secure* à la mère avec ( $F(1,272)=6.01, p<.01$ ). Les garçons ont plus souvent un attachement *secure* à la mère que les filles.

**Tableau 14 :** Répartition des styles d'attachement maternel et paternel

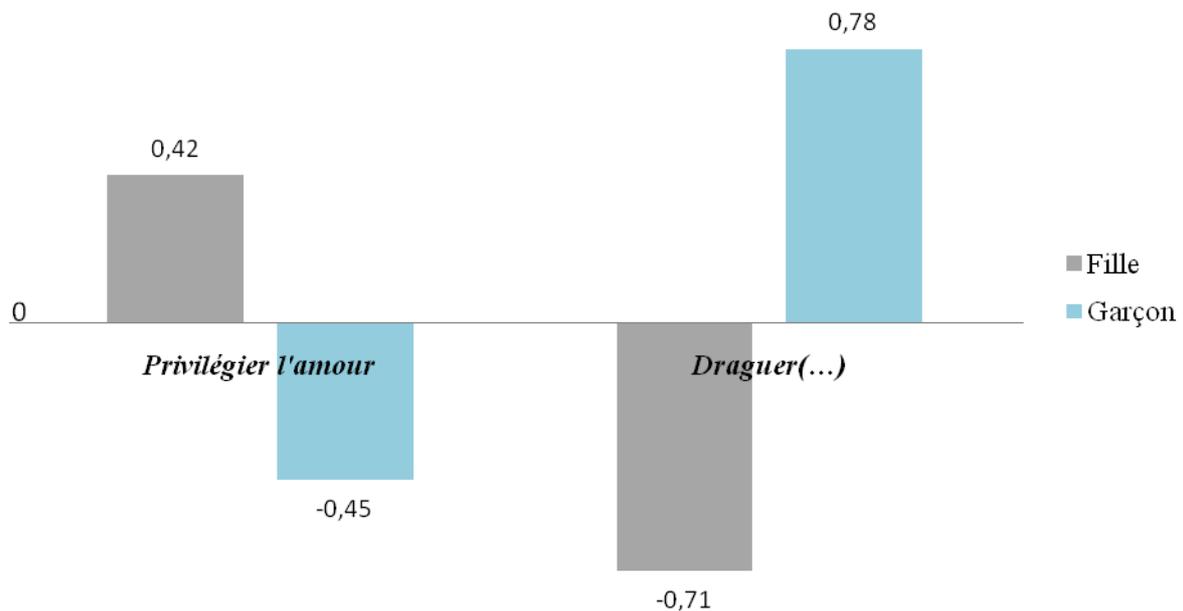
	Attachement <i>secure</i>	Attachement <i>ambivalent</i>	Attachement <i>évitant</i>
A la mère	55.5%	20.8%	23.7%
Au père	68.9%	21.6%	9.5%

### **La sexualité**

A partir de l'échelle de sexualité, les résultats des filles et des garçons pour les trois sous échelles qui la composent peuvent être comparés. Il n'existe aucune différence significative pour *Sortir avec quelqu'un*. Il existe par contre une différence pour *Privilégier l'amour* en faveur des filles et pour *Draguer en espérant avoir des relations intimes* en faveur des garçons (figure 4).

<sup>16</sup> Il n'a été possible de coder les scores en style d'attachement à la figure maternelle que pour 272 sujets sur 322 et 190 sujets pour la figure paternelle. Il faut également prendre en compte l'absence de réponse lorsque le père est décédé.

**Figure 4 :** Scores moyens aux dimensions *Privilégier l'amour* et *Draguer (...)* de l'*IERS* selon le genre



	<i>Privilégier l'amour</i>	<i>Draguer (...)</i>
Fille	0.42	-0.71
Garçon	-0.45	0.78
Anova	(F(1,305) = 9.14, p<.01)	(F(1,305) = 28.37, p<.001)

Des modifications en fonction de l'âge (quartiles) ont également été recherchées. Ces résultats varient en fonction de l'âge ce qui est attesté par des corrélations entre l'âge et l'augmentation des scores de *Sortir avec quelqu'un* ( $r=.25, p<.001$ ) et *Draguer en espérant avoir des relations intimes* ( $r=.17, p<.01$ ), et la baisse des scores au facteur *Privilégier l'amour* ( $r=-.14, p<.05$ ).

### **L'estime de soi**

Un premier traitement statistique a été mis en œuvre afin de déterminer les moyennes des scores obtenus aux différentes échelles et sous échelles du *PSDQ*, en proposant une distinction selon le genre. Il apparaît alors que les garçons obtiennent systématiquement des scores supérieurs à ceux des filles, ces différences étant significatives pour tous les domaines à l'exception du domaine *souplesse*.

**Tableau 15 :** Scores moyens au *PSDQ* selon le genre [avec (ET)] et significativité des différences (Anova)

	Genre		F	p
	Garçon	Fille		
<i>Santé</i>	4.43 (0.77)	4.21 (0.99)	4.50	.03
<i>Coordination</i>	4.30 (1.05)	3.89 (1.25)	9.85	.001
<i>Activité physique</i>	4.27 (1.38)	3.36 (1.55)	29.45	.000
<i>Adiposité</i>	4.84 (1.28)	4.08 (1.65)	20.24	.000
<i>Compétence sportive</i>	4.68 (1.12)	3.59 (1.25)	64.71	.000
<i>Apparence physique</i>	4.12 (1.31)	3.56 (1.22)	17.39	.000
<i>Force</i>	4.38 (1.17)	3.24 (1.19)	71.25	.000
<i>Souplesse</i>	3.81 (1.63)	3.59 (1.22)	2.83	.09
<i>Endurance</i>	4.10 (1.10)	3.09 (1.09)	66.39	.000
<i>Estime de soi</i>	4.28 (0.94)	3.76 (0.97)	22.93	.000
<i>Estime de soi corporelle</i>	4.86 (1.10)	3.86 (1.34)	50.14	.000

Pour analyser l'effet de l'âge sur l'*estime de soi corporelle* et sur l'*estime de soi*, une analyse corrélacionnelle met en évidence que l'âge est négativement lié au domaine *adiposité*, à l'*estime de soi corporelle* et à l'*estime de soi* avec respectivement  $r=-.13$ ,  $p<.05$ ,  $r=-.19$ ,  $p<.001$  et  $r=-.14$ ,  $p<.05$ .

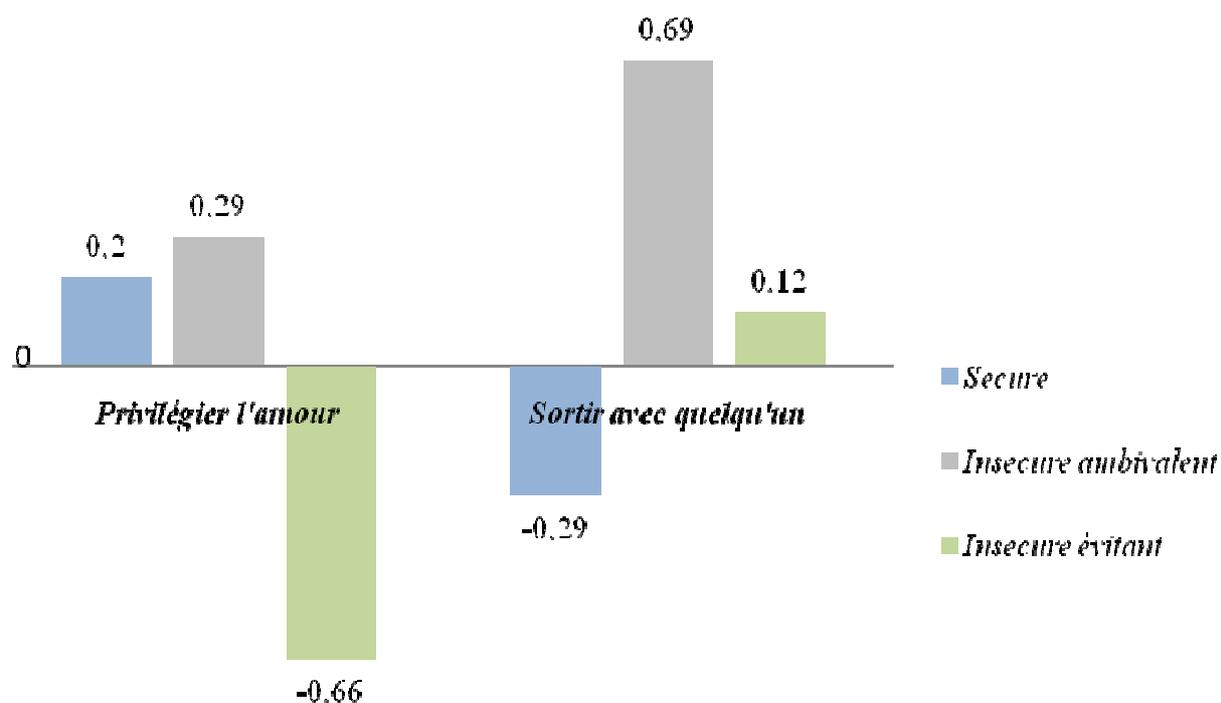
#### **6.4 Relations entre l'attachement à la mère et au père et la sexualité à la *prime adolescence***

Afin de déterminer plus précisément les relations entre l'attachement parental et les prémices de la sexualité à l'adolescence, il s'agit de proposer des analyses de variance entre les trois styles d'attachement (*secure*, *insecure évitant* et *insecure ambivalent*) et les dimensions de l'échelle de sexualité. Ce travail statistique sera structuré en deux temps, le premier concernera l'attachement maternel et le second, l'attachement paternel.

### 6.4.1 Relations entre l'attachement à la mère et la sexualité

Concernant l'attachement maternel, des relations significatives apparaissent entre l'attachement *secure* et la dimension *Sortir avec quelqu'un* avec ( $F(1,269)=4.87, p<.05$ ) : les individus ayant un attachement *secure* ont des scores moins élevés à cette dimension. L'attachement *ambivalent* s'associe également à cette dimension ( $F(1,269)=4.73, p<.05$ ) : les individus ayant un attachement *ambivalent* ont des scores plus élevés à cette dimension. L'attachement *évitant* quant à lui se lie significativement avec la dimension *Privilégier l'amour* ( $F(1,269)=6.66, p<.01$ ) : les individus à attachement *évitant* ont des scores moins élevés à cette dimension.

Figure 5 : Scores moyens aux dimensions *Privilégier l'amour* et *Sortir avec quelqu'un* de l'IERS selon le style d'attachement à la mère

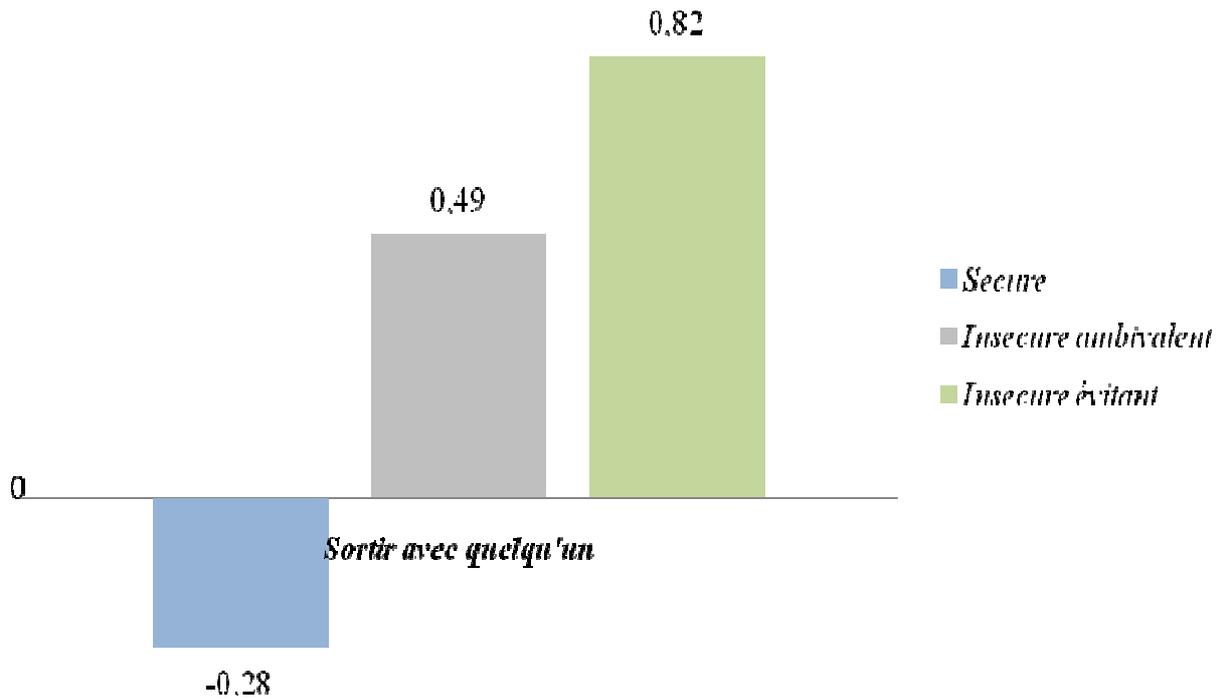


### 6.4.2 Relations entre l'attachement au père et la sexualité

Pour l'attachement paternel, on retrouve une association significative entre l'attachement *secure* et la dimension *Sortir avec quelqu'un* avec ( $F(1,230)=4.33, p<.05$ ). Pour l'ensemble de la population aucune autre relation significative n'a été découverte. Cependant, pour la population exclusivement féminine, une association significative existe entre l'attachement paternel *évitant* et *Sortir avec quelqu'un* avec ( $F(1,114)=5.78, p<.01$ ) : chez les

adolescentes ayant un attachement *évitant*, les scores à cette dimension sont plus élevés. Pour les garçons uniquement, la dimension *Sortir avec quelqu'un* est liée à l'attachement paternel *ambivalent* ( $F(1,114)=5.03, p<.05$ ) avec des scores plus élevés chez les garçons à attachement *ambivalent*.

Figure 6 : Scores moyens à la dimension *Sortir avec quelqu'un* de l'IERS selon le style d'attachement au père



### 6.5 Relations entre l'estime de soi, la sexualité et l'attachement à la *prime adolescence*

Afin de déterminer l'influence de la variable *estime de soi* dans ces deux dimensions, *estime de soi* et *estime de soi corporelle*, une analyse corrélacionnelle les met en relation avec les dimensions de la sexualité. Celle-ci a mis en évidence des relations significatives entre l'*estime de soi* et la dimension *Privilégier l'amour* ( $r=.14, p<.05$ ). Il existe également des corrélacions significatives entre l'*estime de soi corporelle* et les dimensions *Sortir avec quelqu'un* ( $r=.17, p<.01$ ) et *Draguer (...)* ( $r=.15, p<.01$ ).

Les figures 7, 8 et 9 ci-dessous montrent les scores moyens d'*estime de soi* en fonction des styles d'attachement selon l'*IPPA* (mère et père).

Figure 7 : Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement *secure* et *évitant* à la mère

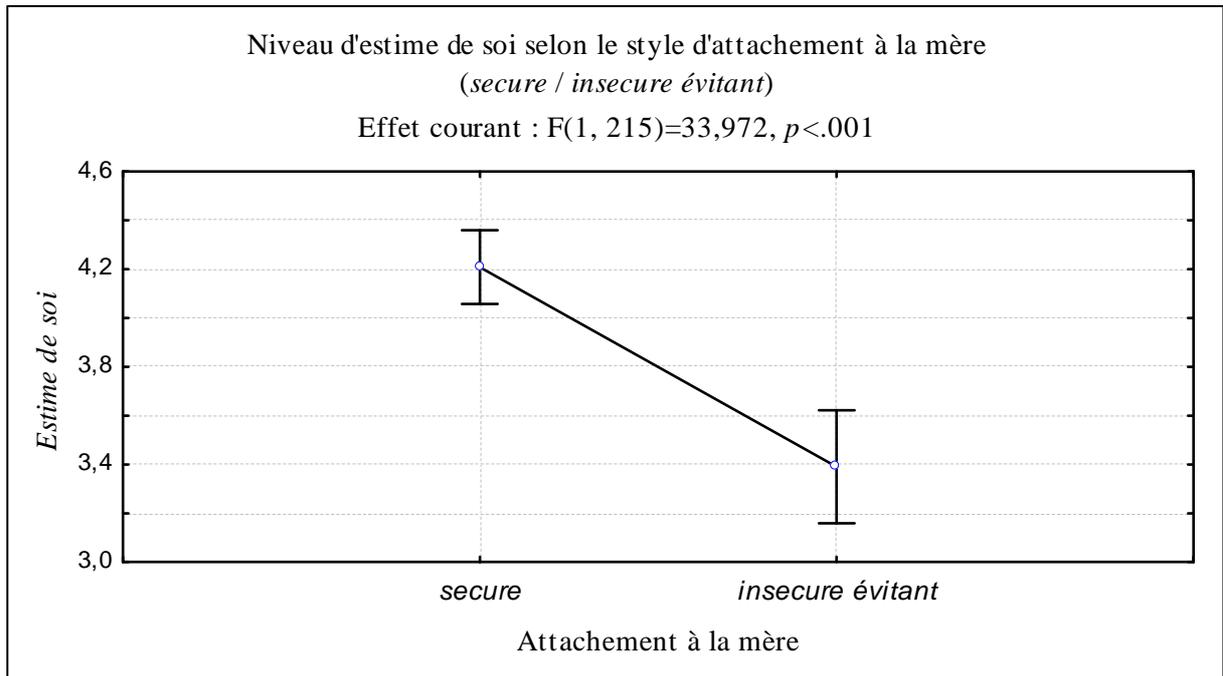


Figure 8 : Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement *secure* et *évitant* au père

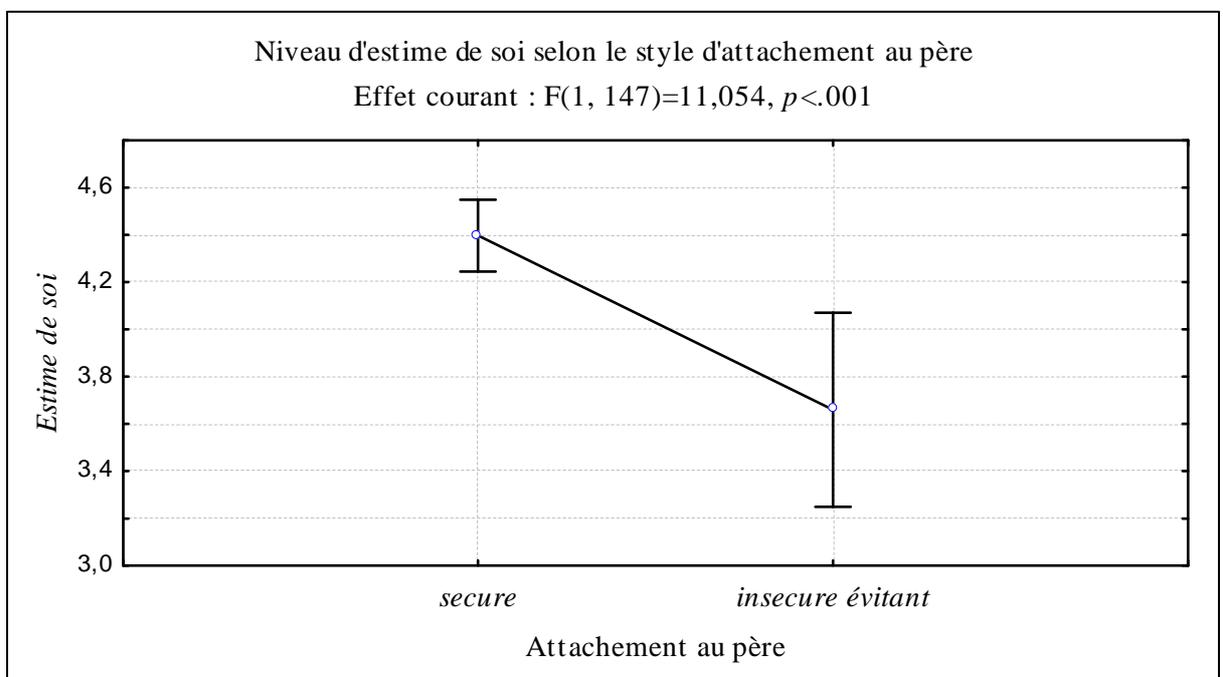
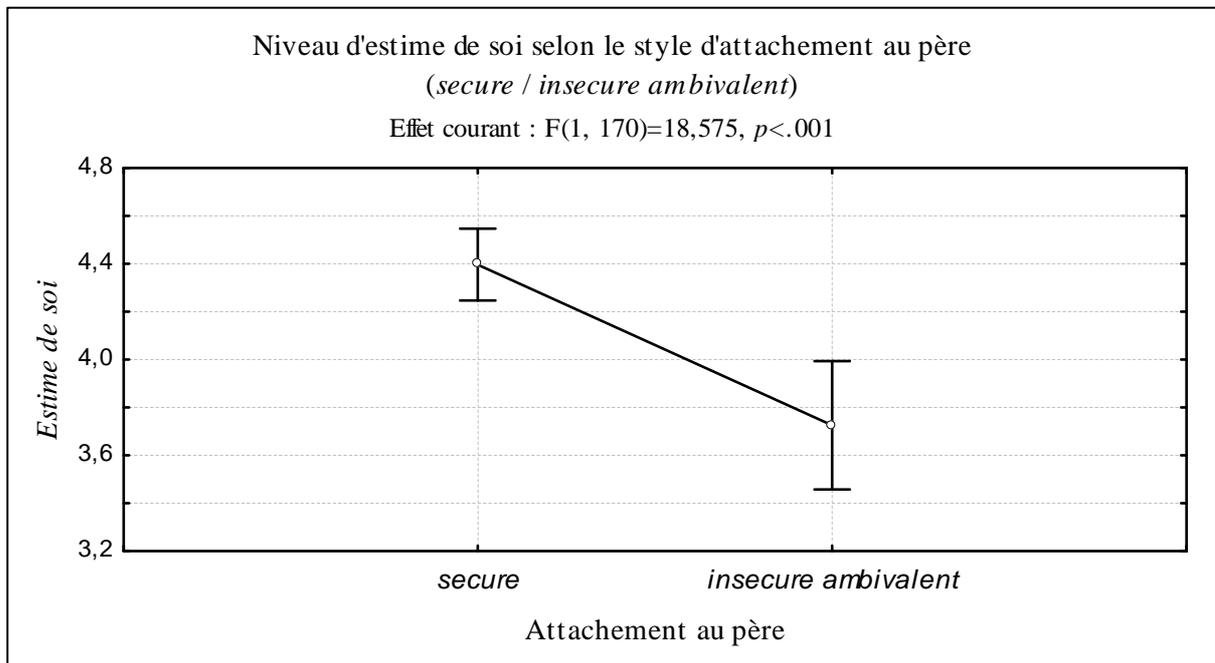


Figure 9: Scores moyens d'estime de soi en fonction de l'attachement *secure* et *ambivalent* au père



Pour l'estime de soi corporelle, les sujets ayant des attachements maternels *évitant* et *ambivalent* ont significativement des scores plus bas avec respectivement ( $F(1, 215)=14.271, p<.001$ ) et ( $F(1, 207)=5.4146, p<.05$ ). Il n'existe pas de relation significative pour l'attachement au père.

## 6.6 Représentation schématique des principaux résultats à la *prime* adolescence

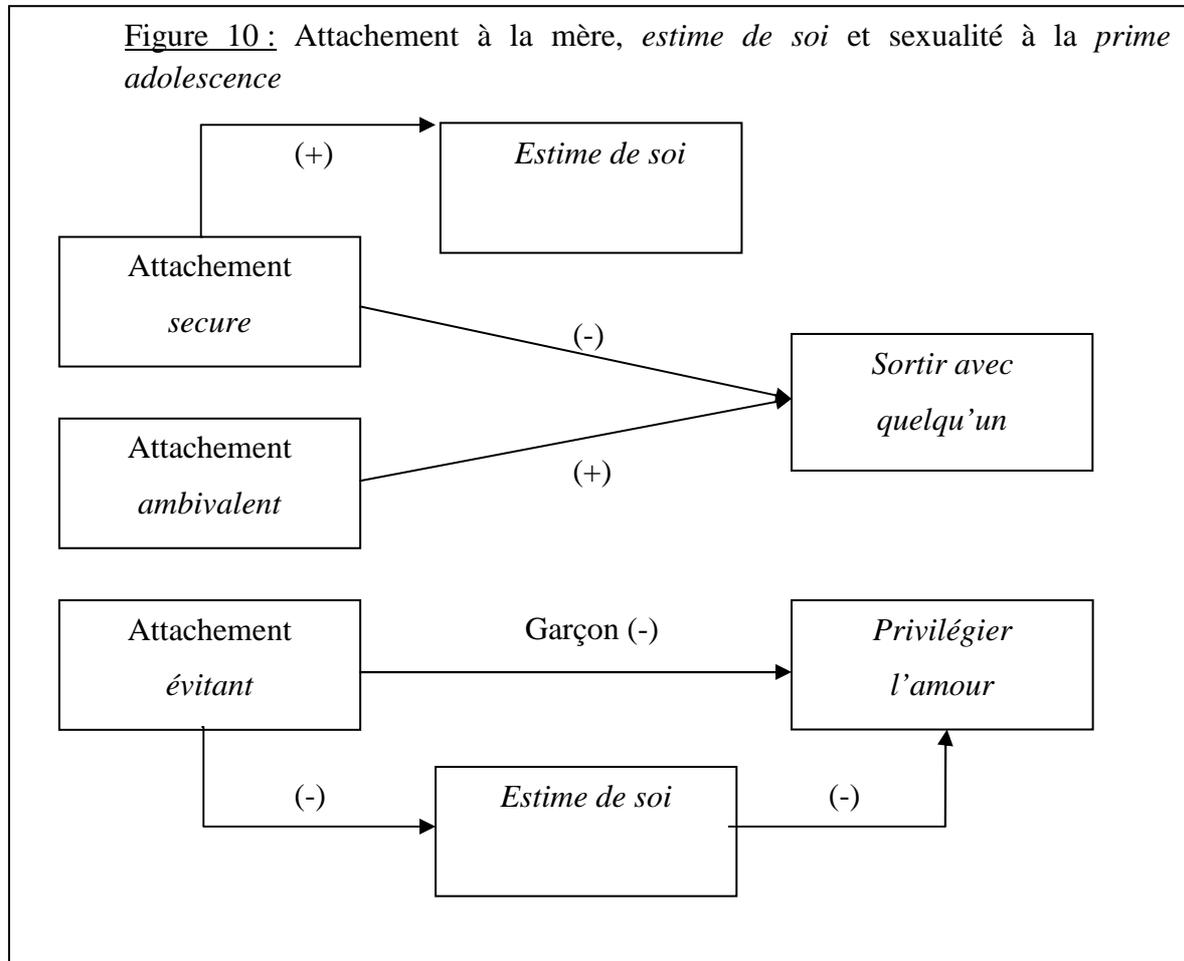
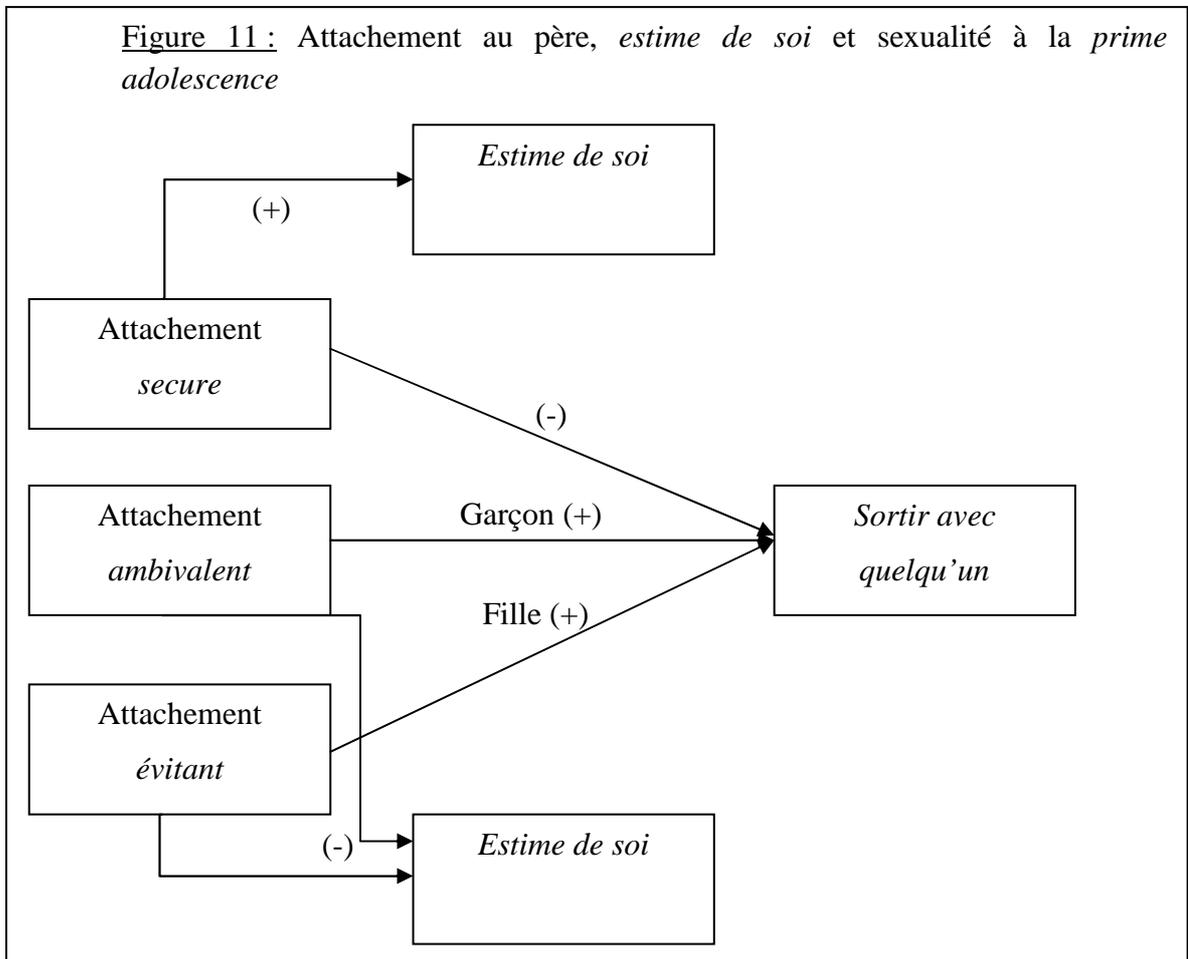


Figure 11 : Attachement au père, *estime de soi* et sexualité à la *prime adolescence*



## 6.7 Discussion

Il existe à l'adolescence un double mouvement de remaniement des attachements parentaux et de découverte de la sexualité adulte. Les travaux sur les adultes montrent que le style d'attachement parental influence les relations futures des individus, y compris dans leurs conduites sexuelles. Une première phase de ce travail étudie cette association entre la qualité des relations filiales et les conduites sexuelles chez de jeunes adolescents. Afin de rendre compte au mieux de la sexualité adolescente, nous avons considéré à la fois les conduites concrètes, les relations et expériences subjectives à la *prime adolescence*. Cette première partie de l'adolescence (c'est-à-dire les « années collège » - de 12 à 15 ans) est marquée par des changements au niveau des cognitions et par l'engagement progressif dans la découverte de son propre corps, du corps de l'autre et de leur contact (O'Sullivan & Brooks-Gunn, 2005; O'Sullivan & Brooks-Gunn, 2005). Un engagement sexuel précoce et/ou uniquement comportementalisé, avec un clivage entre sexualité et sentiments, présenteraient un risque chez les jeunes adolescents.

Cette sixième étude nous permet de tester et répondre à nos différentes hypothèses. A partir de principaux travaux portant sur les adultes, nous avons postulé que les adolescents *secures* s'engageraient moins précocement dans la sexualité et privilégieraient une sexualité sentimentaliste (*H1.1*). Les adolescents ayant un attachement *ambivalent* s'engageraient plus précocement dans des expériences sexuelles (*H1.2*) alors que les adolescents présentant un attachement *évitant* auraient moins d'engagement sexuel et une sexualité désinvestie de sa sphère affective (*H1.3*). Pour comprendre ces liens entre l'attachement parent-adolescent et les expériences sexuelles, l'incidence de deux effets modérateurs seront pris en compte : le genre de l'enfant et le genre du parent. Enfin, l'*estime de soi* sera introduite comme possible variable médiatrice avec l'hypothèse que les adolescents *secure* posséderaient une *estime de soi* plus élevée que les autres (*H2.1*) et que celle-ci favoriserait un engagement sexuel plus tardif et une conception davantage sentimentaliste de la sexualité (*H2.2*).

Nous avons vu que la sexualité inclut une part d'engagement comportemental, nécessite une élaboration mentale et mobilise une dimension émotionnelle. Le questionnaire construit pour cette étude permet d'évaluer ces trois grandes composantes de la sexualité. Deux principaux domaines de la sexualité ont attiré notre attention du fait de leur association avec des risques sexuels : la précocité de l'engagement sexuel et l'investissement émotionnel de la sexualité. De premiers travaux montrent que l'attachement *secure* s'associe particulièrement pour les femmes avec le fait d'avoir des rapports sexuels plus tardivement

(Bogaert & Sadava, 2002). De plus, nous avons vu que dans une relation amoureuse, les adolescents doivent d'abord construire une base de confiance mutuelle *secure* à travers des interactions amoureuses avant de s'engager comportementalement dans la sexualité. Cet investissement émotionnel dépend selon Birnbaum et al., (2006) et Tracy et al., (2003), entre autres, du style d'attachement : les individus *secures* s'engagent davantage dans une sexualité associée aux sentiments amoureux. L'acte sexuel est conçu alors comme l'expression de l'amour que chacun se porte. Nos premiers résultats établissent effectivement un lien entre l'attachement *secure* et l'engagement dans la sexualité. Conformément à notre hypothèse (H1.1) quel que soit le genre du parent, à la *prime adolescence* les adolescents ayant un attachement *secure* s'engagent significativement moins dans la sexualité. En revanche, dans notre échantillon, il n'existe pas d'association spécifique liant l'attachement *secure* et le fait de privilégier une sexualité de type amoureuse, contrairement aux résultats de Feeney et al., (2000) et de Tracy et al., (2003) sur des adolescents.

Concernant les attachements *insecures*, des stratégies sexuelles spécifiques existent selon qu'il s'agisse d'un attachement *évitant* ou *ambivalent*. L'attachement *ambivalent* est le plus souvent associé à une sexualité de type ambivalente avec un engagement dans la sexualité destiné à combler les manques affectifs de l'enfance. Les résultats de ce travail confirment cette hypothèse et les travaux de Bogaert et Sadava (2002). Un attachement maternel de type *ambivalent* se traduit par un engagement comportemental sexuel (dimension *Sortir avec quelqu'un*) plus fréquent chez les jeunes adolescents. Cette même association existe pour l'attachement *ambivalent* paternel mais uniquement pour les garçons. Ces données tendent à valider notre hypothèse H1.2. Conformément aux résultats de Tracy et al., (2003), l'attachement *insecure ambivalent* produit une expérimentation plus précoce de la sexualité, et conduit en conséquence à une probabilité accrue de risques sexuels.

Pour l'attachement *évitant*, les individus s'engageraient moins dans des relations amoureuses stables, durables (Birnbaum et al., 2006; Brassard et al., 2007; Davis et al., 2006). Ces sujets se caractérisent par une peur de l'intimité, de faibles engagements émotionnels. Leur système d'attachement les contraignent le plus souvent à deux types de stratégies : l'évitement sexuel (abstinence) ou l'engagement dans des relations où la sexualité est dénuée de tout engagement émotionnel (aventures sans lendemain par exemple) (Birnbaum et al., 2006; Cooper, Shapiro et al., 1998; Davis et al., 2006; Tracy et al., 2003). Nous avons postulé (H1.3) que les adolescents décrivant leur attachement parental comme *évitant* engageraient moins d'interactions sexuelles et privilégieraient une sexualité fonctionnelle. Les

résultats à la *prime adolescence* confirment partiellement notre hypothèse et les précédents travaux cités portant sur les adultes. Seule la stratégie d'un engagement comportemental sexuel dépourvu d'affectivité est retrouvée chez les jeunes collégiens. Les adolescents présentant un style d'attachement maternel *évitant* ont un investissement significativement moins important de la dimension amoureuse dans leur rapport à la sexualité. Un attachement *évitant* à la mère semble donc être lié à une construction de la sexualité moins tournée vers l'amour : la sexualité est structurée sans investissement émotionnel. Les difficultés avec l'intimité et la proximité affective inhérentes au style d'attachement *évitant* conduisent ces sujets à envisager la sexualité uniquement dans sa dimension instrumentale. Ces résultats sont concordants avec ceux de Tracy et al., (2003) (adolescents) et de Hazan et Shaver (1987) (adultes). Ces adolescents présenteraient donc une sexualité définie à risque si l'on se réfère à Gonzaga et al., (2006). En effet, ces auteurs indiquent que les relations amoureuses encourageraient l'engagement à long terme, alors que le désir sexuel dénué de sentiments amoureux, inciteraient à la prise de risques sexuels. On peut noter un second résultat, celui de la relation entre un attachement paternel *évitant* et la dimension *Sortir avec quelqu'un* chez les adolescentes uniquement. Les jeunes adolescentes ayant un attachement *évitant* à leur père s'engagent plus précocement dans la sexualité. Sachant que les styles d'attachement à la mère et au père sont étroitement corrélés, il apparaît que les adolescentes sont potentiellement plus « à risque » d'une sexualité plus agie et désinvestie de sa dimension émotionnelle. Il faut souligner cependant que ce lien concerne plus spécifiquement les interactions présexuelles des adolescentes que le coït sexuel lui-même, qui est lui négativement corrélé au style d'attachement *évitant* au père.

A la *prime adolescence*, le style d'attachement parental semble influencer essentiellement l'engagement comportemental sexuel, particulièrement pour l'attachement au père. Le style d'attachement *secure* paraît plutôt protecteur concernant l'entrée dans la sexualité : les adolescents avec un tel attachement s'engagent plus tardivement dans des interactions sexuelles que les autres. Au contraire, le style *insecure ambivalent* favorise un engagement sexuel plus précoce. Un style d'attachement *insecure évitant*, surtout à la mère, détermine l'investissement de la sphère sentimentale dans la sexualité (*Privilégier l'amour*), avec une sexualité essentiellement conçue comme fonctionnelle, sans partage intime avec l'autre. Ainsi, les styles d'attachement *insecure* s'associent spécifiquement à des comportements et émotions sexuels reconnus comme à risque. De plus, alors que le style d'attachement à la mère influe aussi bien sur les cognitions, émotions et comportements

sexuels des filles et des garçons, le style d'attachement au père, lorsqu'il est de type *insecure*, influe différemment selon le genre des adolescents.

De nombreuses variables pourraient modérer ces relations entretenues entre l'attachement parental et la sexualité à l'adolescence. De par son importance à la fois théorique et empirique, nous avons choisi d'introduire la variable *Estime de soi* dans ce travail. Conformément aux travaux portant sur ce sujet (Bylsma et al., 1997; Laible, Carlo, & Roesch, 2004), l'hypothèse d'une meilleure *estime de soi* chez les adolescents ayant un attachement *secure* (H2.1) est validée. Nos résultats montrent que l'*estime de soi* est un facteur important qui est lié avec les styles d'attachement *secure* et *insecure évitant*. Alors qu'un style d'attachement *secure* semble bénéfique pour l'*estime de soi* à la prime adolescence, le style d'attachement *insecure évitant* influence cette *estime de soi* en la dégradant. Ce dernier résultat est en contradiction avec celui de Bylsma et al., (1997) montrant que l'attachement *évitant* (dismissing<sup>17</sup>) était associé à une meilleure *estime de soi* chez l'adulte. Il faut souligner l'absence de relation entre l'*estime de soi* et l'attachement *insecure ambivalent*. Les liens entre l'attachement *ambivalent* et l'*estime de soi* demeurent peu clairs, comme le soulignait déjà Huntsinger et Luecken en 2004. Dans notre étude, seul l'attachement *ambivalent* au père dégrade l'*estime de soi* des jeunes adolescents, suggérant en accord avec Rice et al. (1997) que l'attachement au père influencerait plus le bien-être de l'adolescent que la mère.

Dans un second temps de notre réflexion, nous nous étions interrogés sur les relations existantes entre la qualité de l'attachement, l'*estime de soi* et l'engagement sexuel à l'adolescence. Nous nous attendions à ce que l'attachement *secure* s'associe à une meilleure *estime de soi* et que l'*estime de soi* élevée favoriserait une sexualité moins précoce et plus sentimentalisee. Concernant l'effet de l'*estime de soi* sur les dimensions de la sexualité, conformément à notre hypothèse (H2.2), l'*estime de soi* est fortement liée avec la dimension *Privilégier l'amour*. Plus l'*estime de soi* des adolescents est élevée, plus ils privilégient les sentiments dans leurs interactions sexuelles. La dimension de l'engagement comportemental sexuel (*Sortir avec quelqu'un*) est quant à elle associée à l'*estime de soi corporelle*. Ce résultat tend à montrer qu'une *estime de soi corporelle* élevée est liée à un engagement plus précoce et plus d'intention d'entrer dans la sexualité, ceci en accord avec l'étude de Gillen et al., (2006). Plus la satisfaction vis-à-vis de son corps à l'adolescence est grande, plus les adolescents pourraient se sentir compétents, assurés à l'égard de la séduction et de la

---

<sup>17</sup> Attachement distant-évitant

sexualité. Ces jeunes affirmeraient alors plus leurs désirs, et oseraient davantage expérimenter les activités sexuelles. Réciproquement, il est possible que d'être plus engagé dans la sexualité donne accès à une meilleure connaissance de son corps et aide les adolescents à accepter les changements corporels issus de la puberté. De plus, l'engagement dans la sexualité pourrait améliorer l'*estime de soi corporelle* par les « bénéfices sociaux » qu'engendre l'entrée dans la sexualité à l'adolescence. Les relations de séduction, les premières expériences sexuelles apportent des appréciations positives des pairs sur le physique (Juhem, 1995).

## **7. Étude 7 : Attachement, sexualité et estime de soi à la *late adolescence***

La précédente étude nous a montré que chacun des styles d'attachement influence différemment la sexualité des jeunes adolescents. Notre questionnement initial portait également sur une population plus avancée dans sa maturation pubertaire (*late adolescence*). Afin de répondre à nos hypothèses sur cette population spécifiquement, et également sur les relations entre l'attachement, l'*estime de soi* et les conduites sexuelles à risque, nous avons mené une dernière étude auprès de lycéens.

### **7.1 Objectifs et méthode de l'étude**

#### Objectif :

Avec l'âge, les adolescents engagent de plus en plus d'interactions sexuelles. Pour rendre compte au mieux des relations entretenues entre les styles d'attachement à chacun des parents, la sexualité et l'*estime de soi* à l'adolescence (15-20 ans), nous avons répliqué la précédente étude chez des adolescents plus âgés, en adaptant notre méthodologie à notre population.

#### Participants :

Un échantillon de 93 lycéens (lycée général) a été interrogé. Sa moyenne d'âge était de 17,24 ans, pour un écart-type de 1,25 (étendue de 13,08 à 19,8 ans), sans différence significative selon le genre. La population se composait de 85% de femmes et de 15% d'hommes.

#### Outils :

Les adolescents ont répondu aux mêmes outils que l'étude précédente : *IPPA* pour l'attachement (Vignoli & Mallet, 2004), l'*IERS* dans sa version *late adolescence*, le *PSDQ* pour l'*estime de soi* (Guérin et al., 2001, 2004), auxquels a été ajouté notre questionnaire des conduites sexuelles risquées précédemment validé au cours de l'étude 4. Par contre si ce travail a bien permis de retrouver les trois facteurs attendus (*Engagement sexuel monogame et usage du préservatif, Partenaires à risque et Rapports homosexuels ou anaux*) communs aux garçons et aux filles, nous avons également fait le choix de ne pas écarter les trois items

relatifs à la grossesse et valable uniquement pour les filles. Pour cela, nous considérons une moyenne des réponses à ces items qui constituera en quelque sorte un quatrième facteur. Comme nous l'avons expliqué, nous sommes confortés dans ce choix par l'analyse factorielle effectuée sur les réponses des seules filles qui montrait ce quatrième facteur.

Procédure :

Les passations individuelles ont eu lieu durant les heures de cours des lycéens. Les questionnaires remplis ont été récupérés par le personnel éducatif de l'établissement et ensuite transmis à l'expérimentateur.

## **7.2 Fiabilité des échelles**

Les alpha de Cronbach ont été calculés pour chacune des échelles. Ils sont tous proches de .70 et par conséquent jugés satisfaisants. Nous pouvons noter que nous retrouvons comme à l'étude 6 des alpha de Cronbach moins bons pour la dimension *aliénation* de l'*IPPA*. Les alpha de Cronbach des domaines du *PSDQ* se trouvent en annexe (Annexe X, p.xliv).

Tableau 16 : Alpha de Cronbach des échelles

	Alpha de Cronbach	
	<i>Estime de soi</i>	.71
<i>Physical Self Description Questionnaire (PSDQ)</i>	<i>Estime de soi corporelle</i>	.92
	<i>PSDQ</i>	.84
	<hr/>	
<i>Inventaire d'Attachement aux Parents (IPPA)</i>	<i>Communication mère</i>	.78
	<i>Communication père</i>	.80
	<i>Confiance mère</i>	.77
	<i>Confiance père</i>	.77
	<i>Aliénation mère</i>	.64
	<i>Aliénation père</i>	.60
	<i>IPPA</i>	.68
<hr/>		
<i>Echelle Intérêts Emotions, Relations sexuelles (IERS) late adolescence</i>	<i>Engagement (...)</i>	.61
	<i>Privilégier l'amour</i>	.78
	<i>Relations</i>	.78
	<i>IERS</i>	.71
<hr/>		
<i>Echelle des conduites sexuelles à risque</i>	<i>Engagement sexuel monogame et usage du préservatif</i>	.92
	<i>Partenaires à risques</i>	.83
	<i>Rapports homosexuels ou anaux</i>	.77

### 7.3 Statistiques descriptives et comparaison en fonction du genre

#### L'attachement parental

Nous avons traduit les scores obtenus à l'*IPPA* en styles d'attachement. Le tableau ci-dessous présente la répartition des trois styles d'attachement (*secure*, *insecure évitant*, *insecure ambivalent*) pour cette population. Pour un certain nombre de sujets, il n'a pas été possible de déterminer le style d'attachement (respectivement 17 et 20 personnes pour l'attachement maternel et l'attachement paternel). Il existe une différence significative selon le genre pour le style d'attachement *ambivalent* à la mère avec ( $F(1,77)=4.296, p<.05$ ), avec un attachement *ambivalent* à la mère plus fréquent chez les filles.

Tableau 17 : Répartition des styles d'attachement maternel et paternel

	Attachement <i>secure</i>	Attachement <i>insecure évitant</i>	Attachement <i>insecure ambivalent</i>
A la mère	49.4%	26.6%	22.8%
Au père	48.6%	25.7%	24.3%

### **La sexualité**

Soixante-dix-neuf pour cent des adolescents est déjà sorti avec quelqu'un, 51% ont déjà eu des rapports sexuels. Soixante-cinq pour cent des adolescents déclare que l'amour est une condition pour l'engagement dans la sexualité. Six pour cent pense qu'ils sont trop jeunes pour envisager des rapports sexuels. A partir de l'échelle de sexualité *IERS*, les résultats des filles et des garçons pour les trois facteurs qui la composent (*Engagement comportemental dans la sexualité*, *Privilégier l'amour* et *Relation*) peuvent être comparés. Il n'existe aucune différence significative selon le genre, ni selon l'âge.

Vingt-cinq pour cent des adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels n'a pas utilisé de préservatif lors de leur première relation sexuelle. Trente-six pour cent des adolescents déclare abandonner l'usage du préservatif lors que la relation devient durable. Près de la moitié des adolescents déclare avoir déjà eu un ou des rapports sexuels sans préservatif. Vingt-cinq pour cent des adolescents a déjà eu des rapports sexuels sous l'emprise de l'alcool et 10% des rapports sexuels avec des partenaires peu sûrs. Enfin, des antécédents de grossesse ont été déclarés par 4 filles de notre échantillon. Pour les facteurs de l'échelle des conduites sexuelles à risque, il existe une relation significative entre être plus âgé et le facteur *Engagement sexuel monogame et usage du préservatif* ( $r=.34, p<.05$ ). Quelque soit les facteurs, il n'existe pas de différence significative selon le genre.

### **L'estime de soi**

Lorsqu'il est établi une comparaison des scores aux *PSDQ* selon le genre, on retrouve des différences significatives pour les domaines *activité physique* ( $F(1,93)=7.49, p<.01$ ), *compétences sportives* ( $F(1,93)=6.73, p<.05$ ), *force* ( $F(1,93)=11.145, p<.001$ ), *endurance* ( $F(1,93)=16.77, p<.001$ ) et *l'estime de soi* ( $F(1,93)=6.62, p<.01$ ). A ces mesures, les garçons obtiennent systématiquement des scores supérieurs à ceux des filles. Il n'existe pas différence significative selon l'âge.

**Tableau 18 :** Scores moyens au *PSDQ* selon le genre [avec (ET)] et significativité des différences (Anova)

	Genre		F	p
	Garçon	Fille		
<i>Santé</i>	4.60 (0.84)	4.58 (0.83)	0.00	.95
<i>Coordination</i>	4.77 (0.94)	4.25 (0.98)	3.31	.07
<i>Activité physique</i>	4.14 (1.47)	2.95 (1.49)	7.49	.007
<i>Adiposité</i>	4.70 (1.66)	4.16 (1.39)	1.67	.19
<i>Compétence sportive</i>	4.51 (1.25)	3.48 (1.39)	6.73	.011
<i>Apparence physique</i>	4.22 (1.16)	4.11 (0.96)	0.14	.70
<i>Force</i>	4.28 (0.94)	3.26 (1.07)	11.14	.001
<i>Souplesse</i>	3.79 (1.05)	3.51 (1.18)	0.65	.42
<i>Endurance</i>	4.27 (0.85)	3.10 (1.01)	16.77	.000
<i>Estime de soi</i>	5.07 (0.72)	4.49 (0.78)	6.62	.011
<i>Estime de soi corporelle</i>	4.27 (1.25)	3.85 (1.22)	1.45	.23

#### **7.4 Relations entre l'attachement à la mère et au père et la sexualité à l'adolescence**

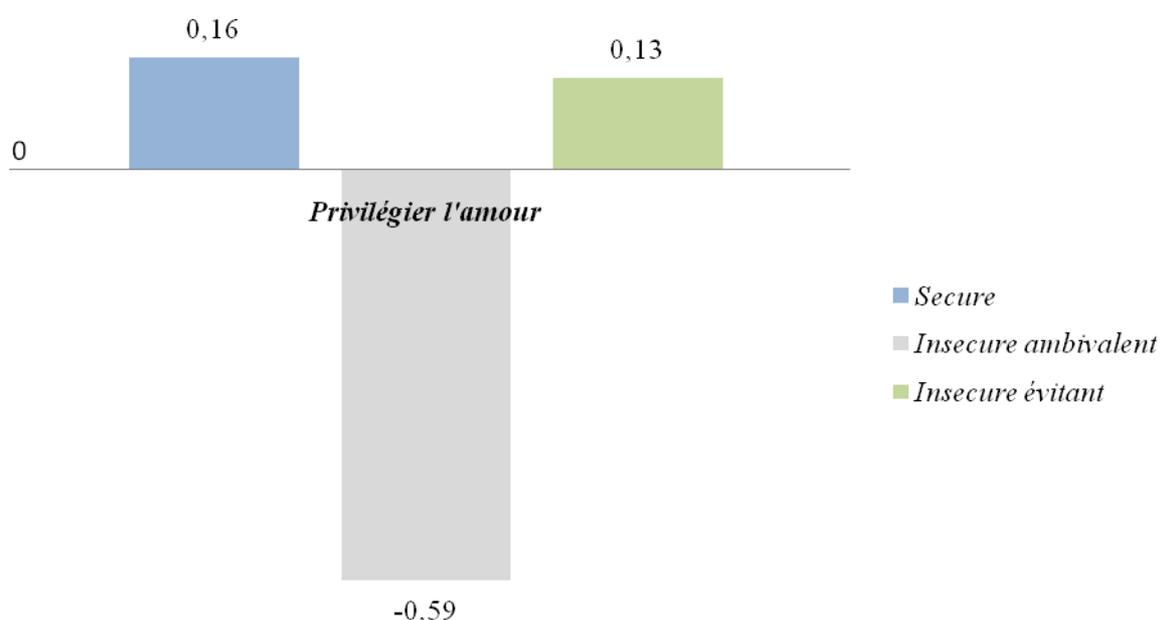
Dans le même objectif que l'étude précédente à la *prime adolescence*, il faut déterminer les relations entretenues entre les styles de l'attachement parental maternel et paternel et les dimensions de la sexualité d'une part et d'autre part les conduites sexuelles à risque.

Des analyses de variance permettent de montrer les relations entre les trois styles d'attachement et les dimensions de l'*IERS*. Cette analyse statistique sera comme précédemment structuré en deux temps, le premier concernera l'attachement maternel et le second, l'attachement paternel.

### 7.4.1 Relations entre l'attachement à la mère et la sexualité

Pour l'attachement maternel, une seule relation significative existe, associant l'attachement maternel *ambivalent* et la dimension *Privilégier l'amour* avec ( $F(1,67)=5.12$ ,  $p<.05$ ): les adolescents à attachement *ambivalent* ont des scores moins élevés à cette dimension (figure 12).

Figure 12 : Scores moyens à la dimension *Privilégier l'amour* de l'IERS selon le style d'attachement à la mère



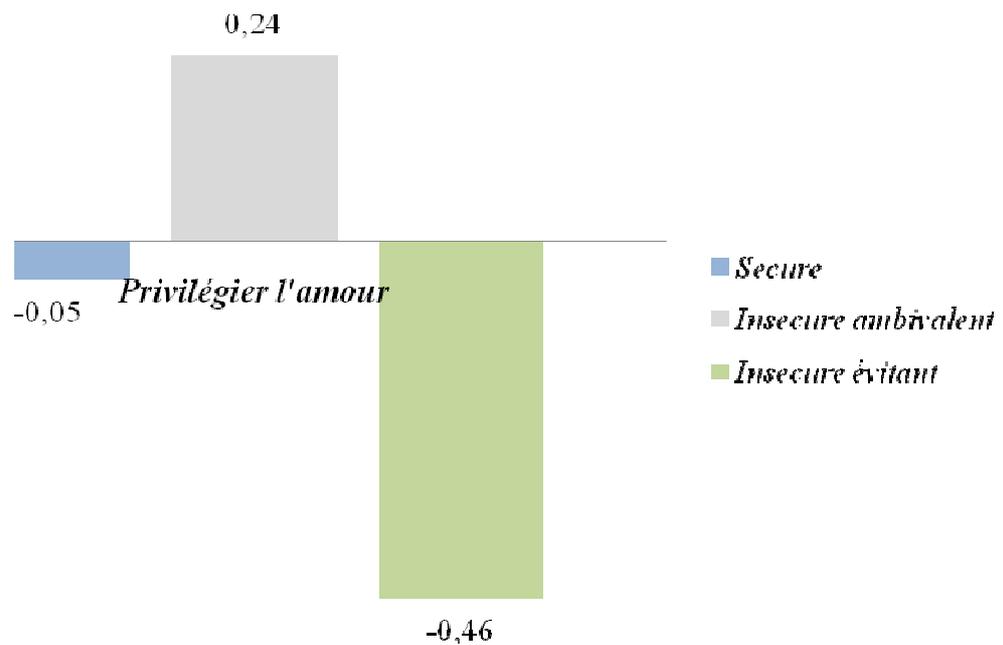
Concernant les conduites sexuelles à risque, aucun des styles d'attachement à la mère s'associe significativement aux facteurs de l'échelle des conduites sexuelles à risque. Cependant des tendances peuvent être soulignées entre un attachement *ambivalent* et le facteur *Partenaires à risque* avec un  $p$  égale à .08 ( $F(2,48)=5,54$ ,  $p>.05$ ). En traitant séparément ces items liés à la grossesse pour les filles (moyenne des scores), il existe une association significative entre l'attachement *ambivalent* à la mère et les antécédents de grossesse avec ( $F(1,27)=4,58$ ,  $p<.01$ ).

### 7.4.2 Relations entre l'attachement au père et la sexualité

Pour l'attachement paternel, il existe une relation significative entre l'attachement *évitant* au père et avec des scores moins élevés à la dimension *Privilégier l'amour*, avec

( $F(1,65)=3.95, p<.05$ ) (figure 13). Selon le genre, on retrouve une association significative entre l'*attachement ambivalent* et la dimension *Engagement sexuel* chez les adolescentes avec ( $F(1,55)=4.5, p<.05$ ). Les adolescentes décrivant leur attachement à leur père comme *ambivalent* présentent plus d'engagement dans la sexualité que les autres.

Figure 13 : Scores moyens à la dimension *Privilégier l'amour* de l'*IERS* selon le style d'attachement au père



Pour l'attachement paternel et les conduites sexuelles à risque, il existe une association significative entre l'attachement *ambivalent* et le facteur *Engagement sexuel monogame et usage du préservatif* pour les filles, avec des scores moins élevés ( $F(2,25)=3.53, p<.05$ ). Toujours pour les filles uniquement, il existe une association entre l'attachement *évitant* et le facteur *Partenaires à risque*, avec des scores plus élevés ( $F(2,23)=3.56, p<.05$ ).

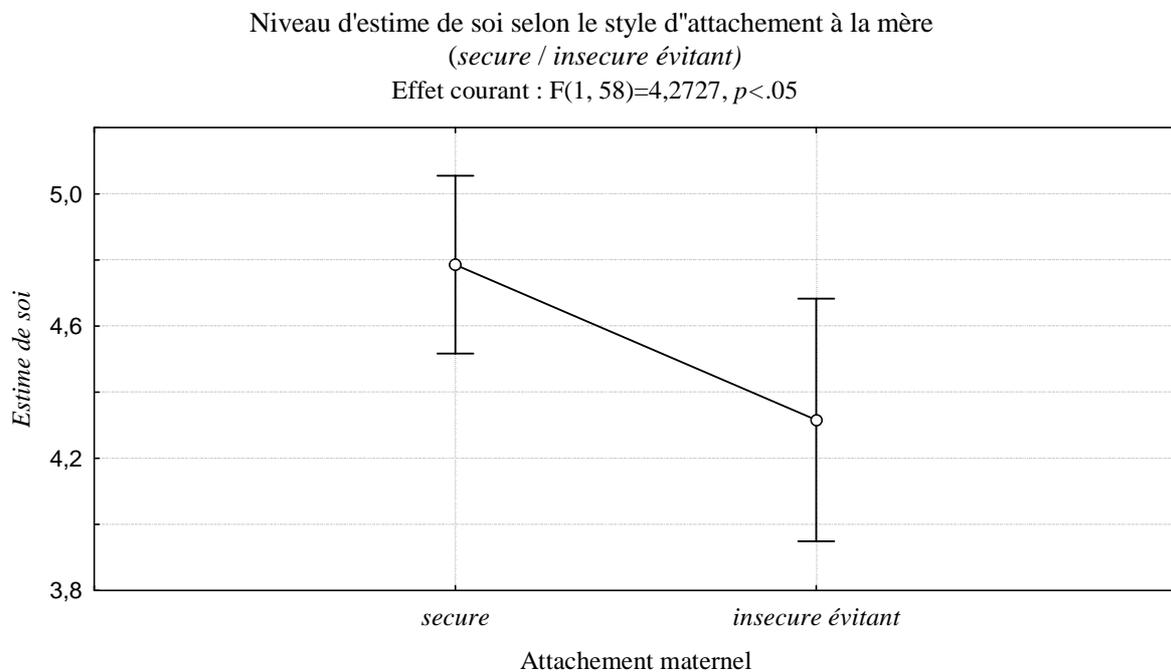
## 7.5 Relations entre l'estime de soi, la sexualité et l'attachement à l'adolescence

Une matrice de corrélation va permettre de déterminer les liens entretenus entre l'*estime de soi*, la sexualité et les styles d'attachement. Celle-ci a mis en évidence une relation significative (positive) entre l'*estime de soi* et la dimension *Privilégier l'amour* ( $r=.38, p<.01$ ). Aucune relation significative n'est établie avec les trois facteurs de l'échelle des

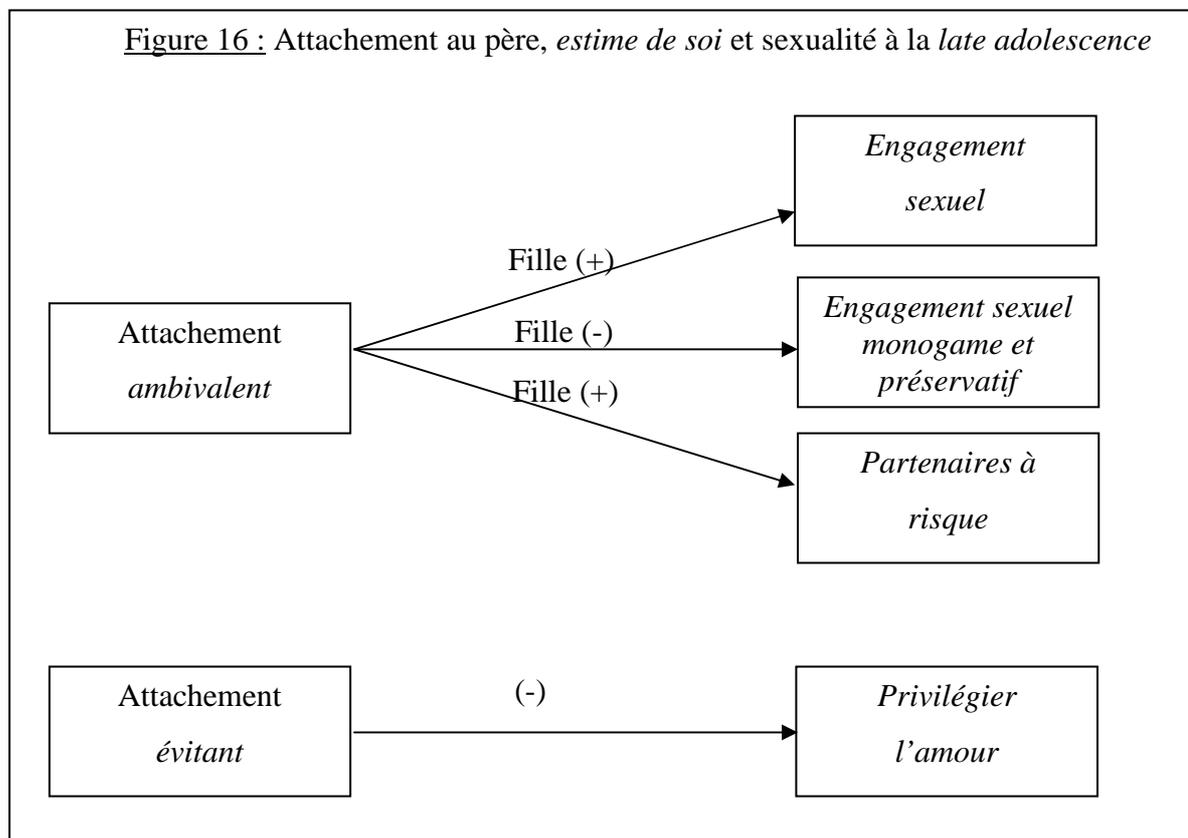
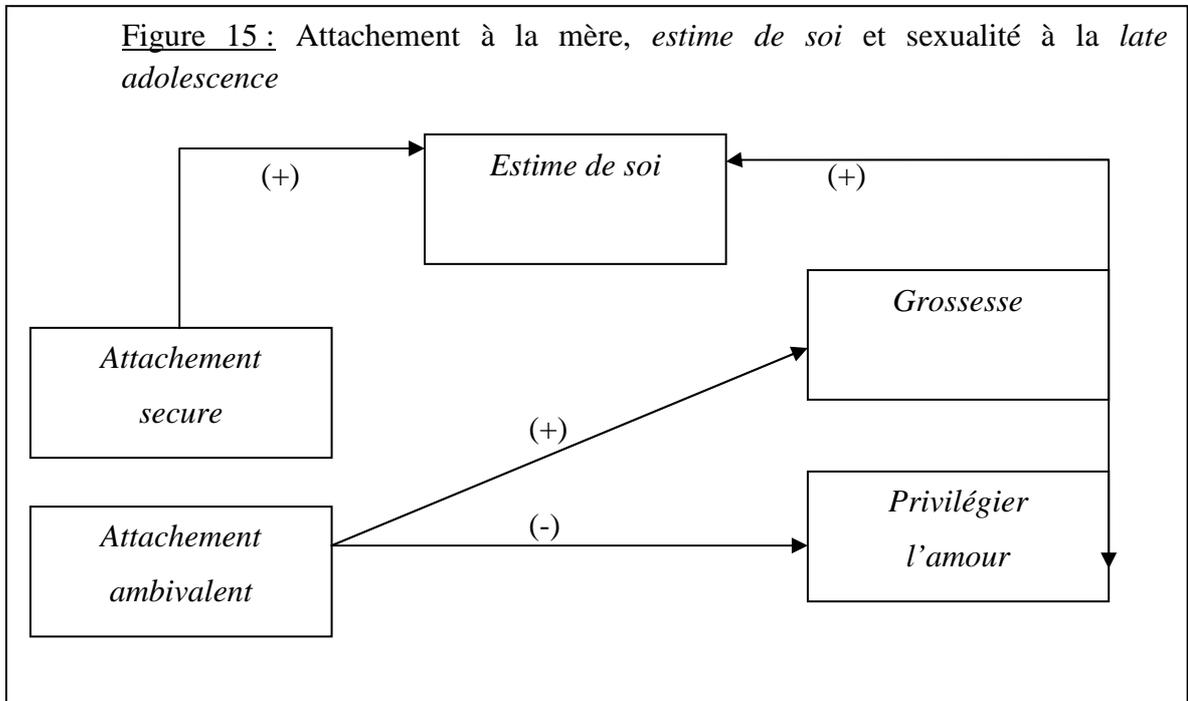
conduites à risque (*Engagement sexuel monogame et usage du préservatif, Partenaires à risque et Rapports homosexuels et anaux*) dans l'ensemble de la population. En revanche, chez les garçons, il existe des associations entre une *estime de soi corporelle* élevée et des scores plus élevés aux facteurs *Engagement sexuel monogame et usage du préservatif* et *Partenaires à risque* avec respectivement  $r=.67, p<.05$  et  $r=.66, p<.05$ .

Enfin, les scores d'*estime de soi* sont significativement plus élevés lorsque le style d'attachement maternel est *secure* (figure 14). Aucune association significative avec l'attachement au père n'a été trouvée.

**Figure 14 :** Scores moyens d'*estime de soi* en fonction de l'attachement *secure* et *évitant* à la mère



## 7.6 Représentation schématique des principaux résultats à la *late adolescence*



## 7.7 Discussion

Ce second protocole avait pour objectif d'étudier les relations entretenues entre les styles d'attachement et les expériences sexuelles chez des adolescents plus âgés (16-18 ans). Alors que les jeunes adolescents (*prime adolescence*) découvrent et expérimentent les premiers émois de la sexualité adulte, les adolescents plus âgés (*late adolescence*) s'engagent plus souvent dans une sexualité agie. Dans ce cadre, nous avons souhaité investiguer à la fois les dimensions affectives de la sexualité (émotion, intérêt et engagement) mais également la propension à prendre des risques dans leur engagement sexuel en fonction de leur style d'attachement parental. Concernant les risques sexuels, nous postulions que les adolescents *secures* présenteraient une sexualité moins à risque (H1.1) que les adolescents ayant un style d'attachement *ambivalent* (H1.2). En interrogeant les adolescents sur leur style d'attachement (perçu) à leurs parents et les dimensions affectives et comportementales de leur sexualité, nos résultats montrent des associations spécifiques selon le parent.

L'hypothèse (H1.1) qu'un attachement *secure* serait lié à un moindre engagement sexuel est invalidée pour les adolescents plus âgés. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'à ce stade de l'adolescence, l'expérimentation de la sexualité est « normale ». Les adolescents *secures* disposent de suffisamment de confiance en soi pour s'engager dans des interactions sexuelles.

Cette étude exploratoire chez les adolescents montre que les attachements *insecures* influencent certaines dimensions des expériences sexuelles. Tout d'abord, un attachement *ambivalent* aux parents implique un investissement particulier de la sexualité. Pour l'attachement *maternel*, il existe une relation significative entre un attachement *ambivalent* à la mère est la dimension *Privilégier l'amour* : ces adolescents tendent à désinvestir la sphère affective, amoureuse de la sexualité au profit d'une conception instrumentale. On peut suggérer que l'insécurité ressentie dans les relations mère-enfant conduit l'adolescent à une crainte exagérée de rejet et d'abandon qui est annihilée par la désintrinsication entre sentiment et sexualité. Il apparaît qu'au milieu de l'adolescence, la sexualité est perçue comme un moyen de se rassurer, plus que de partager une réciprocité émotionnelle pour les individus ayant un attachement *ambivalent* à la mère. Ce premier résultat rejoint ceux de Davis et al., (2006) sur une population adulte.

L'attachement paternel *ambivalent* se trouve associé quant à lui à la dimension *Engagement sexuel* pour les filles. Différents auteurs (E. S. Allen & Baucom, 2004; Bogaert & Sadava, 2002; Gentzler & Kerns, 2004) avait déjà découvert cette différence. Selon ces auteurs, les femmes *ambivalentes* ont davantage de rapports et partenaires sexuels alors que les hommes *ambivalents* évitent plus la sexualité. Les résultats de ce travail confirment chez les adolescents cette spécificité pour l'attachement au père. L'attachement paternel semble posséder une influence particulière chez les adolescentes. En effet, dans cette étude, avoir un attachement paternel *ambivalent* à l'adolescence implique une plus grande propension à l'engagement dans la sexualité chez les filles. Chez elles, percevoir son père comme *insecure*, avec des réactions inconsistantes ou contradictoires, semble les projeter dans un agir sexuel plus important. Ce résultat confirme partiellement l'hypothèse *H1.2*.

Le style d'attachement *insecure évitant* influence également les émotions et les expériences sexuelles. Davis, & al., (2006) ou encore Brassard, & al., (2007) soulignent que les adultes ayant ce type d'attachement expriment une certaine aversion à l'égard des aspects intimes et affectifs de la sexualité. Nos résultats s'inscrivent dans cette perspective, conformément à notre hypothèse (*H1.3*). L'attachement paternel *évitant* influence bien les expériences sexuelles dans sa dimension *Privilégier l'amour*. Les adolescents ayant un attachement *évitant* au père déclarent plus fortement ne pas considérer le sentiment amoureux comme important dans l'engagement sexuel. L'établissement d'une relation affective chez ces adolescents semble esquiver.

La seconde perspective de ce recueil de données était d'étudier comment les styles d'attachement parentaux pouvaient se lier aux conduites sexuelles à risque à l'adolescence. (*Engagement sexuel monogame et usage du préservatif, Partenaires à risque, Rapports homosexuels ou anaux et Grossesse* pour les filles).

L'attachement *insecure ambivalent* est largement associé à des conduites sexuelles plus risquée, moins protectrice pour la santé (Bogaert & Sadava, 2002). Lorsqu'il s'agit d'un attachement *ambivalent* à la mère, les adolescents présentent une sexualité avec un haut niveau de risque. Un style d'attachement *ambivalent* à la mère s'associe à davantage de grossesses non désirées et davantage de partenaires à risque pour les filles. Ce dernier résultat ne reflète dans notre étude qu'une tendance (non significative,  $p=.08$ ) probablement en raison de la faiblesse de notre échantillon. On retrouve les résultats de Feeney et al., (2000) chez les 18-20 ans. Une explication de cette plus forte prise de risque réside peut être dans la difficulté à communiquer avec les partenaires sexuels sur la sexualité, toujours dans cette crainte de

réactions de rejet. La recherche d'affection des individus *ambivalents* à la mère pourrait également conduire ces adolescents à ne pas savoir refuser les avances sexuelles. Cette association entre prise de risque sexuel et attachement *ambivalent* se retrouve également chez les adolescentes ayant ce style d'attachement au père. Les filles dans cette situation ont un engagement sexuel plus important avec des conduites à risque par leur choix et la multiplication des partenaires sexuels peu sûrs.

Dans un second temps, notre travail se proposait d'étudier les liens entre l'*estime de soi*, l'attachement et la sexualité. Concernant l'*estime de soi*, nous envisagions qu'une *estime de soi* élevée est liée au style d'attachement *secure* (H2.1), à moins d'engagement sexuel, à une sexualité davantage sentimentaliste et à une prise de risque sexuel moindre (H2.2). Pour les 16-20 ans, nous retrouvons bien des liens étroits entre l'attachement *secure* à la mère et l'*estime de soi* (H2.1). A l'adolescence, il semble donc qu'un attachement sécurisé à l'égard des parents permet de se construire positivement, avec une certaine confiance en soi/satisfaction de soi. Ces adolescents sont plus sûrs et plus confiants en leur capacité à entrer en relation avec les autres, et particulièrement avec des partenaires sexuels. Ce résultat est fréquemment retrouvé dans les travaux portant sur l'attachement et l'image de soi chez les adultes aussi bien que chez les enfants et les adolescents (Bylsma et al., 1997; Laible et al., 2004). Dans sa liaison avec les dimensions de la sexualité, une relation est également découverte entre une *estime de soi* élevée et favoriser la dimension affective, émotionnelle dans la sexualité. Une bonne *estime de soi* conduit les individus à considérer les expériences sexuelles comme un moyen d'exprimer l'amour, validant notre hypothèse H2.2. La dimension affective de l'engagement sexuel est plus valorisée que la dimension physique. À la lumière de ces résultats, on peut penser qu'une *estime de soi* élevée est un facteur favorisant la création et le maintien d'une relation stable et partagée dans la sexualité. Alors que l'*estime de soi* ne semble pas influencer les dimensions d'engagement dans une sexualité à risque, l'*estime de soi corporelle* est un facteur associé aux rapports sexuels non protégés et aux partenaires à risque à l'adolescence pour les garçons uniquement. A cette période de la vie, posséder une *estime de soi corporelle* positive tend à impliquer davantage de conduites sexuelles risquées.

Les résultats de cette dernière étude ouvrent des perspectives sur l'évolution développementale des relations entre qualité d'attachement, *estime de soi* et sexualité à l'adolescence. Nous pouvons souligner l'importance de considérer séparément les adolescents et les adolescentes et d'observer la spécificité de ces liens à la figure maternelle et paternelle.

Au regard de ces premiers résultats, il semble que le père influence plus particulièrement les relations affectivo-sexuelles des adolescents car celui-ci représente les lois et les règles qui régissent les relations interpersonnelles (Rice, Cunningham, & Young, 1997). Cependant, il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution au regard d'un faible échantillon (effectif inférieur à 100) et largement féminin.

## IV – Discussion générale

### Articulations des différentes études

Nous avons mené différentes études dans le but de déterminer les relations existantes entre les styles d'attachement des adolescents à leur parent et leur investissement dans la sexualité. La première d'entre elles a permis de vérifier l'intérêt et la pertinence d'étudier la qualité relationnelle parents-enfant pour expliquer l'engagement sexuel des adolescents. Les difficultés de communication avec la mère influence les attitudes sexuelles permissives (*être favorable aux aventures sans lendemain*) chez les adolescents. Les difficultés de communication avec le père s'associent à une sexualité plus précoce, moins sentimentalisée et avec plus de partenaires. Une seconde étude a été menée afin de déterminer le rôle de l'*estime de soi* dans les conduites sexuelles des jeunes adultes. Les résultats ont révélé que l'*estime de soi* et l'*estime de soi corporelle* contribuaient à influencer la prise de risque sexuelle. Une *estime de soi* basse est associée à certains risques sexuels (grossesse, absence de communication sur la contraception...). Une faible *estime de soi corporelle* chez les jeunes hommes est liée à des risques sexuels (multi-partenariat, non usage du préservatif). Chez les jeunes femmes, c'est une *estime de soi* élevée qui est à risque pour des rapports sexuels sans contraception. Certains domaines de l'*estime de soi corporelle* s'associent particulièrement à l'engagement. En cas d'insatisfaction dans les domaines sociaux du corps, plus investis par les jeunes femmes, les jeunes adultes tendent à se désengager de la sexualité. En revanche, les domaines relevant de la masculinité s'associent au multi-partenariat. L'*estime de soi* apparaît bien comme une variable influençant la sexualité à la *late adolescence*. Ces premières études nous ont permis de nous rendre compte de la nécessité d'avoir recours à des outils validés en français traitant des différentes dimensions de la sexualité (émotions, cognitions et comportements). Nous avons alors entrepris un travail de validation et de construction d'échelles d'évaluation de la sexualité à l'adolescence (étude 3 et 4). L'*IERS* mesure les principales dimensions de la sexualité (émotions et intérêts et engagement sexuel) alors que l'échelle des conduites sexuelles à risque permet d'évaluer les principaux risques sexuels. Dans une perspective développementale, nous avons également vérifié l'influence du développement pubertaire sur les comportements sexuels et l'*estime de soi* à l'adolescence. Cette étude montre que l'investissement des différentes dimensions de la sexualité évolue

avec le développement pubertaire et que ce dernier influence également l'*estime de soi* des adolescents (étude 5). Il apparaît alors primordial d'introduire une distinction en fonction de l'âge des adolescents. Ces différents travaux ont été un préalable nécessaire à l'investigation de notre problématique que nous allons maintenant aborder plus spécifiquement. La discussion se construira autour de chacun des styles d'attachement (*secure, insecure ambivalent, insecure évitant*)

## **Attachement, sexualité et estime de soi**

La théorie de l'attachement en expliquant la construction des relations primaires aux parents souligne l'importance de la trace mnésique et affective laissée par les interactions précoces parents-enfants. Ainsi, les styles d'attachement construits dans l'enfance tendent à se perpétuer à travers les âges. L'adolescence caractérisée comme une période de remaniement des attachements (prise de distance d'avec les parents au profit des pairs et partenaires amoureux) est également une période fondamentale dans l'exploration d'une sexualité adulte. L'existence de ces deux mouvements psychiques fondamentaux nous conduit à nous interroger sur l'articulation que peut entretenir la qualité d'attachement aux parents et la qualité de l'engagement sexuel des adolescents. L'ensemble des travaux effectués jusqu'alors portant sur l'attachement et la sexualité démontrent une influence du style d'attachement sur les expériences sexuelles des individus (allant du touché au rapport sexuel). Cependant, peu de ces études se sont intéressées à une population adolescente, période d'exploration sexuelle. Aussi, l'objectif de ce travail était d'explorer à l'adolescence comment le style d'attachement parental (perçu) pourrait influencer les expériences sexuelles des adolescents, tant dans son aspect comportemental que dans sa « valence affective » (Apostolidis, 1993, 2000). La période adolescente étant la plus propice au développement et aux premières expérimentations amoureuses et sexuelles, cette étude s'est focalisée sur ce stade de développement en distinguant la *prime adolescence* et la *late adolescence*.

Dans la mesure où les patterns d'attachement des adolescents tiennent compte théoriquement des expériences des interactions précoces parents-enfants, les adolescents les moins sécurisés pourraient adopter des comportements sexuels moins restrictifs ou à court terme (rapport sexuel précoce, multi-partenariat). Une certaine instabilité dans les relations parents-enfant pourrait se reproduire plus tard dans les relations sexuelles d'un individu. Il serait ainsi possible de prédire certaines qualités des relations sexuelles (émotions, intérêts et

engagements sexuels), au moins jusqu'à un certain point, afin de pouvoir mettre en œuvre des programmes de prévention. A partir des études antérieures, nous nous attendions à ce que les adolescents ayant un attachement *secure* soient actifs sexuellement plus tardivement, plus tournés vers une sexualité amoureuse et moins risquée (H1.1). Nous postulions encore que les adolescents ayant un attachement *évitant* s'engageraient moins dans la sexualité et avec moins de sentiments (H1.3), alors que les individus ayant un attachement *ambivalent* entreraient plus précocement dans la sexualité, présenteraient une sexualité plus à risque (H1.2). Dans un second temps, cette étude souhaitait déterminer si des variables supplémentaires ont des effets sur cette relation entre attachement et expériences sexuelles à l'adolescence. Parmi ces variables, nous avons choisi de nous centrer sur l'*estime de soi* car celle-ci entretient des liens étroits avec l'attachement et la sexualité. Dans ce cadre, nous avons postulé qu'une *estime de soi* élevée s'associe à un attachement *secure* (H2.1), à une entrée moins précoce dans la sexualité, à davantage privilégier l'amour et à moins de conduites sexuelles risquées (H2.2)

### **Attachement secure**

L'un des principaux résultats de ce travail concerne les adolescents décrivant leur style d'attachement comme *secure*. Il apparaît que ce type d'attachement parental, que ce soit à la mère ou au père, tend chez les jeunes adolescents à retarder l'âge d'entrée dans la sexualité. On retrouve ici l'idée que l'attachement *secure* permet un engagement sexuel « mûré », moins précoce. En effet, lorsque l'on interroge des adolescents plus âgés, cette relation disparaît. L'exploration de la sexualité a bien lieu. Les schémas d'attachement *secure* se définissent par un modèle positif de soi (*estime de soi* élevée) mais également des autres. Aussi, les sujets possédant ce style d'attachement ressentent peu d'anxiété et donc peu d'évitement des relations affectives. Cette sécurité de l'attachement favorise l'exploration et le partage des affects nécessaire à l'élaboration des expériences sexuelles.

### **Attachement ambivalent**

Dans cette étude, l'attachement *ambivalent* à la mère et au père tend à être lié à la *prime adolescence* à un engagement plus précoce dans la sexualité. Les précédentes études ont montré que l'attachement *ambivalent* est associé à une tendance à rechercher l'approbation dans les relations interpersonnelles et à éviter les conflits. En particulier, les jeunes adolescents *ambivalents* peuvent entrer dans des interactions sexuelles plus précoces et plus fréquentes afin de se sentir valorisés, ou de ne pas être abandonnés par leurs partenaires

(recherche d'approbation). On trouverait donc chez ces personnes une hyperactivation des stratégies d'attachement par la multiplication et la précocité de l'engagement sexuel. Dans la mesure où le comportement sexuel est interprété comme le reflet d'être aimé, attirant, ou d'autres émotions positives envers soi-même, la sexualité peut servir à rassurer une personne en insécurité. Comme indiquait par Thériault (2006), les carences dans les relations de filiation exacerberaient les besoins d'affection chez ces jeunes et contribueraient à les rendre davantage actifs sexuellement. Cela devrait être particulièrement vrai pour les adolescents ayant un attachement *ambivalent*, qui ont les niveaux les plus élevés d'insécurité par rapport au partenaire en ce qui concerne leur amour et leur engagement, avec un besoin de réconfort excessif. En effet, plusieurs recherches ont montré l'association entre l'attachement *ambivalent* et l'utilisation de la sexualité pour se rassurer (Schachner & Shaver, 2004). Cependant, l'absence de relation entre l'*estime de soi* et l'attachement *ambivalent* ne permet pas de conclure sur cette interprétation.

On constate une tendance à un engagement sexuel renforcé chez les adolescentes *ambivalentes* à l'égard du père. En effet, chez les adolescents plus âgés, il n'apparaît pas plus d'engagement sexuel chez les adolescents *insecure ambivalent* excepté chez les jeunes femmes dont la relation au père est perçue comme telle. Cet engagement sexuel plus important peut trouver son explication dans l'insécurité ressentie par ces adolescentes. Cette dernière peut les conduire à céder plus facilement à la pression des hommes à avoir des rapports sexuels afin d'éviter de se sentir abandonnées ou rejetées. En particulier, le désir sexuel peut être interprété comme un signe d'amour, et le comportement sexuel peut rassurer une personne sur la constance de l'intérêt qu'un partenaire lui porte. Les personnes appartenant à ce style d'attachement compenseraient le sentiment de leur faible importance au regard du père par une recherche d'une proximité excessive avec d'autres hommes. Par cette multiplication des expériences sexuelles, les adolescentes tenteraient de retrouver une figure masculine consistante à travers une quête sexuelle. Ces individus *ambivalents* sont plus à la recherche d'une réassurance à travers les expériences sexuelles qu'à la recherche du sentiment amoureux partagé. Cette explication tend à être confirmée au regard des résultats obtenus dans ce travail. En effet, il apparaît que l'attachement *ambivalent* chez les adolescents tend à s'associer à une moindre valorisation de la dimension affective, amoureuse de la sexualité. Les personnes *ambivalentes* cherchent à la fois la proximité d'autrui tout en ayant des attentes négatives vis-à-vis d'eux ; aussi ils en évitent la proximité affective. En conséquence, leurs relations affectives seraient chaotiques, d'où la multiplication des relations.

Cet engagement sexuel à la fois plus précoce et plus important est d'autant plus à risque que les résultats de cette étude montrent des liens entre l'attachement *insecure ambivalent* pour les filles et une sexualité risquée avec davantage de grossesses non désirées et de partenaires à risque. Dans le cas de l'attachement *ambivalent*, le désir d'être accepté et la crainte du rejet ou de l'abandon peut également conduire à des conduites sexuelles à risque. Ces personnes présenteraient des difficultés à imposer leur choix de protection sexuelle de part leur angoisse d'être rejetées si elles négocient avec leurs partenaires sexuels. D'autre part, leur quête affective les conduirait à se tourner avec n'importe quel partenaire pouvant combler rapidement leur insécurité.

Ces principaux résultats tendent à confirmer que les individus *ambivalents* peuvent utiliser la sexualité pour obtenir une approbation ou une réassurance en ayant le sentiment d'être désirable et désiré. La sexualité est instrumentalisée dans un but de valorisation de soi et non dans une dynamique de partage. L'engagement sexuel a alors une fonction défensive face à une détresse affective. Ce débordement de la sexualité à la *prime adolescence* doit plus être interprété comme une quête de sécurité que d'une maturité précoce ou que d'une recherche de plaisir. Le constat d'un engagement sexuel plus précoce chez les adolescents *insecurés ambivalents* est préoccupant à la lumière des travaux qui montrent que la précocité conditionne dans une large mesure les comportements sexuels futurs (multi-partenariat, stabilité du couple, usage du préservatif) (Bozon, 1993). D'ailleurs, notre étude tend à confirmer chez les adolescentes (*late adolescence*) *ambivalentes* cette plus grande propension à la prise de risque. En effet, les adolescents ayant un attachement *ambivalent* à la mère combinent une sexualité génitalisée (absence de la dimension affective dans la sexualité) et davantage de conduites sexuelles à risque (grossesse). Dans ce cadre, la grossesse ou le désir d'enfant peut intervenir comme recherche d'un « objet » de comblement des carences de l'enfance. L'attachement *ambivalent* au père détermine également pour les filles une prise de risque accrue (multi-partenariat et partenaires à risque). Ainsi, le fait d'avoir une sexualité précoce va favoriser une dissociation de la vie affective et de la sexualité avec une tendance à génitaliser les relations sexuelles. Ces adolescents combinent alors différents risques : un changement plus fréquent de partenaires, sans y associer une préoccupation plus grande de protection vis-à-vis des IST ou des grossesses (Bozon, 1993).

### **Attachement évitant**

Nous avons émis l'hypothèse que les adolescents *évitants* seraient mal à l'aise avec un haut niveau d'intimité au sein de leurs relations et pourraient également éviter tout engagement sexuel. En effet, dans la littérature, chez l'adulte, l'attachement *évitant* a été lié à deux stratégies : la limitation de l'intimité dans les relations sexuelles et l'évitement des rapports sexuels. Cette étude confirme plus particulièrement cette première stratégie chez les adolescents : il existe un lien entre un attachement *évitant* au père et un évitement des engagements sexuels.

Il apparaît que les adolescents qui présentent un style d'attachement *évitant* privilégient moins la dimension amoureuse de la sexualité. L'attachement *évitant* interfère dans la sexualité car la proximité psychologique et physique qu'elle induit est une source d'inconfort majeure pour ces personnes. Aussi, ils évitent toute relation de proximité affective avec les autres ; les relations établies reposent plus sur la méfiance. Les adolescents possédant un style d'attachement *évitant* tendraient à privilégier une sexualité essentiellement « biologique », sans réciprocité à la recherche d'une satisfaction uniquement personnelle. La sexualité répond alors uniquement aux besoins sexuels, sans recherche d'une « mutualité à l'Autre » (Thériault, 2006). Les relations intimes sexuelles sont vécues sans sentiment et sans implication. Cette tendance à l'évitement affectif peut avoir des avantages : cela minimise l'importance des relations sentimentales dans la sexualité et permet ainsi d'éviter de devenir trop investi dans des relations qui ont peu de chances de durer. L'absence de recherche d'intimité émotionnelle dans la sexualité pourrait ainsi traduire chez ces adolescents une stratégie de régulation de l'anxiété et des affects négatifs (*estime de soi* basse). Les aspects intimes et relationnels imposés par la nature des interactions sexuelles induisent plus le malaise chez ces sujets que l'activité sexuelle en elle-même. La sexualité des individus *évitant* est construite de façon à limiter les interactions affectives, avec une valorisation des objectifs non relationnels dans le domaine sexuel. Ces adolescents tendent à se protéger contre une intimité vécue comme menaçante.

La seconde relation découverte dans ce travail associe un attachement paternel *évitant* à un désintérêt pour les interactions sexuelles à la *prime adolescence* chez les filles. Ce résultat tend à confirmer l'hypothèse que les adolescents *évitants* ressentent un certain inconfort avec la sexualité. Cet inconfort sexuel est qualifié par certains auteurs d'érotophobie, c'est-à-dire la réticence à entrer dans les relations sexuelles. Elles

disposeraient d'un faible intérêt pour les contacts avec des partenaires sexuels. Les adolescentes *évitant* peuvent percevoir la sexualité comme un lieu d'échange et d'intimité et donc choisir de l'éviter en préférant rester indépendante et autonome. On observerait alors chez ces personnes une stratégie de désactivation du système d'attachement. L'absence relative de comportement d'attachement pourrait être le résultat de tentatives délibérées de masquer ou de supprimer une détresse cachée, comme le prouve leur *estime de soi* basse. Une seconde possibilité est que l'absence de l'attachement est due à une relative neutralisation du système d'attachement lui-même. Cette relation n'est pas apparue chez les garçons peut être du fait que les interactions sociales sont davantage valorisées à ces âges chez les hommes et par conséquent ils s'engageraient alors dans la sexualité pour des raisons extrinsèques (par exemple, pour se conformer à la pression des pairs, pour perdre leur virginité) ; la recherche des dimensions amoureuses et affectives de la sexualité étant plus valorisée chez les femmes (Apostolidis, 1993, 2000; Bozon, 1993).

Il apparaît à partir de ces premiers résultats que l'attachement *évitant* à l'adolescence se concrétise plus par une minimisation de l'intimité émotionnelle que par une minimisation de l'intimité physique. Il semble que quelque soit le stade de l'adolescence (*prime* ou *late* adolescence) s'est avant tout la sphère émotionnelle de la sexualité qui est désinvestie. Cependant, chez les adolescentes, l'attachement *évitant* au père prédispose à un évitement des expériences sexuelles. Associé une faible *estime de soi*, l'attachement *évitant* conduirait les adolescents à développer des mécanismes de défense rendant difficiles la création de liens intimes. Ce résultat n'est pas retrouvé chez les adolescents hommes soit du fait de la valorisation sociale de l'engagement sexuel chez les hommes qui pourraient enjoindre les garçons à s'engager comme leurs pairs dans la sexualité (recherche de conformisme) soit du fait du rôle spécifique de la figure paternelle chez les jeunes femmes.

## **Limites**

Certaines limites à ce travail peuvent être notées. Tout d'abord, en raison du recours à des mesures auto-évaluatives, des biais dans les déclarations peuvent exister. Les questions portant sur l'expérience sexuelle pourraient souffrir des biais de désirabilité sociale et de rappel. Cependant, ces biais ont été retrouvés à la fois dans les questionnaires auto-administrés et les entretiens (Gribble, Miller, Rogers, & Turner, 1999). L'anonymat absolu de nos questionnaires devrait avoir permis aux participants de répondre assez fidèlement. Récemment, de nouvelles techniques de recueil de données ont été mises au point (par

exemple, des auto-entretiens assistés par ordinateur) qui augmenteraient le sentiment d'anonymat et réduiraient ces biais, ce qui pourrait être utile dans de prochaines études. Il serait également important de répliquer ce type d'étude avec des données hétéro évaluatives en recueillant en plus les données des partenaires sexuels par exemple. Une autre possibilité serait de demander aux participants de choisir parmi les scénarios sexuels qui leur correspondent à travers des films ou des histoires... De la même manière, l'utilisation d'un questionnaire afin d'évaluer le style d'attachement des adolescents ne peut pas refléter précisément la réalité relationnelle. L'*IPPA* permet uniquement d'appréhender les représentations que l'individu a de son attachement parental et non pas les faits. Seuls des instruments d'observation *in vivo* au cours d'études longitudinales permettraient de saisir la réalité des styles d'attachement. Une seconde limite de ce travail découle de la nature corrélationnelle des données, qui empêche de conclure à des liens de causalité. Il est possible que d'avoir un attachement parental *insecure* pourrait prédisposer les individus à certains types d'expériences sexuelles. Par exemple, comme postulé dans ce travail, les adolescents *évitants*, qui minimisent l'importance de l'intimité émotionnelle, peuvent éviter l'intimité physique ou peuvent choisir d'obtenir l'intimité physique tout en évitant l'intimité émotionnelle. Une autre possibilité est le fait que la présence de certains types d'expériences sexuelles (ruptures, déception sentimentale) pourrait augmenter le sentiment d'attachement *évitant* ou *ambivalent*. Les deux explications ont, très probablement, une certaine validité car la relation entre l'attachement et les expériences sexuelles est bidirectionnelle. En d'autres termes, non seulement le style d'attachement induit un certains nombres de comportements mais également comme les individus se comportent de manière conforme à leurs MIO, les situations qui en résultent peuvent confirmer leur style d'attachement. Seules des études longitudinales pourraient confirmer ces hypothèses. Il faut également souligner une limite concernant l'étude 7 au niveau de l'échantillon. Plus limité que celui du premier recueil de données (étude 6), il présente également une surreprésentation de filles. La faible proportion de garçons a pu limiter le nombre et la puissance des associations découvertes dans ce travail. De nouveaux protocoles plus larges en terme d'échantillon devront être mis en œuvre afin d'affiner ces premiers résultats qui demeurent exploratoires.

## V – Conclusion et perspectives

La théorie de l'attachement décrit le processus par lequel les individus et leur figure d'attachement développent un lien qui déterminera leurs patterns relationnels. Ces comportements qui sont présentés par un individu au cours de l'enfance seraient répétés tout le long de la vie et pourraient se manifester dans les relations intimes et sexuelles plus tard. On a mis en évidence que les individus qui ont établi des relations *secure* avec leurs parents créent plus fréquemment des relations de type *secure* avec leurs partenaires sexuels. À l'inverse, les individus qui sont *ambivalent* ou *évitant* dans leurs relations avec leur figure d'attachement sont plus enclins à reproduire ce même style de relations avec leurs partenaires. À partir des recherches antérieures sur les adultes, nous avons postulé que les adolescents ayant un attachement *ambivalent* présenteraient plus d'expériences sexuelles et plus précocement alors que les adolescents qui ont un attachement *évitant* auraient moins d'expériences sexuelles, une sexualité moins sentimentalisée.

Conformément à notre hypothèse, les conduites sexuelles des adolescents *secure* reflètent leur *estime de soi* positive avec un confort avec les relations intimes (affectives et physique) et une sexualité plus sentimentalisée et moins risquée (compétences sexuelles). À la *prime adolescence*, ils s'engagent moins précocement dans la sexualité. Les adolescents *secure*, qui ont donc des relations satisfaisantes avec leurs parents, s'engagent davantage dans des relations avec un partage des émotions. Cette réciprocité tendrait à réduire les prises de risque sexuel que ce soit la précocité ou les autres risques. Leur stabilité d'attachement leur permet de concevoir la sexualité comme un engagement partagé reposant sur la confiance et l'intimité. En revanche, les adolescents *insecure* s'engagent dans la sexualité dans des contextes moins favorables. En effet, les styles d'attachement *ambivalent* et *évitant* possèdent un ensemble différent de corrélations, avec quelques résultats variant selon le genre.

Comme envisagé, les expériences sexuelles des adolescents *ambivalents* sont guidées par la peur du rejet et de l'abandon. Ils s'engagent plus précocement dans des interactions sexuelles et présentent une sexualité plus à risque. L'engagement sexuel peut être motivé chez ces individus par leur sentiment d'insécurité. L'anxiété profonde, les préoccupations générales au sujet du rejet et de l'abandon sont facilement importées dans les situations sexuelles.

Pour les adolescents *évitant*, leur profil d'expériences sexuelles reflète leur inconfort avec l'intimité et la réticence ou l'incapacité à établir des liens étroits avec les autres. Ces adolescents sont relativement erotophobiques, peu intéressés par l'implication émotionnelle de la sexualité, et moins orientés vers les expériences sexuelles pour les filles (attachement au père) à la *prime adolescence*. Plus tard dans l'adolescence, les jeunes ayant ce style d'attachement continuent à exposer une sexualité dénuée de sentiments mais ne sont pas nécessairement sexuellement inactifs. De même, l'attachement *évitant* interfère avec une sexualité « sereine » à l'adolescence car celle-ci implique une intimité psychologique qui est source d'inconfort pour eux. Il faut noter que c'est la dimension affective de la sexualité qui est désinvestie chez ces adolescents plus que l'engagement sexuel proprement dit.

Globalement, la mesure de l'attachement utilisée dans cette étude est associée avec de nombreux éléments des conduites et attitudes sexuelles des adolescents. Ces résultats corroborent la théorie de l'attachement adulte comme une voie d'explication des différences individuelles dans l'engagement sexuel, et suggère que cette théorie offre une approche utile dans la compréhension de l'expression de la sexualité à l'adolescence. Cette étude offre un éclairage nouveau sur la façon dont l'attachement est lié aux expériences sexuelles des adolescents en testant les liens entre les différentes dimensions des expériences sexuelles et les styles d'attachement parental perçu à l'adolescence. Les résultats indiquent que les stratégies de régulation de l'affect et satisfaction des besoins associés aux styles d'attachement se manifestent aussi dans l'expression de la sexualité à l'adolescence. Globalement, les résultats indiquent que les expériences sexuelles à l'adolescence sont façonnées en partie par le système d'attachement. Cependant, un attachement *secure* n'est une condition ni nécessaire ni suffisante pour la constitution d'un engagement sexuel de qualité. Il semble donc plus judicieux de considérer les différentes catégories d'attachement comme des facteurs de vulnérabilité ou de protection (selon qu'elles soient *insecure* ou *secure*). Dans ces relations, l'*estime de soi* intervient comme une variable médiatrice surtout pour les attachements *secure* et *insecure évitant*. L'attachement *secure* conduit l'adolescent à se construire une *estime de soi* élevée qui favorisera à son tour l'engagement dans la sexualité dans des conditions plus favorables (âge plus tardif et rapports protégés). L'attachement *évitant* en revanche provoque une *estime de soi* plus basse accentuant les difficultés de ces personnes à engager des interactions sexuelles et intimes. L'attachement *ambivalent* semble à l'adolescence détacher de l'*estime de soi*.

Cette étude montre l'influence de l'attachement sur la sexualité adolescente, mais également la complexité des relations entre les styles l'attachement et l'engagement sexuel à l'adolescence. Dans cette perspective, pour les cliniciens, il serait utile d'administrer des mesures brèves de l'attachement dans des situations cliniques (Meyer & Pilkonis, 2002) afin de préciser ces relations. À l'heure actuelle, les échelles d'attachement ne peuvent pas être suffisamment précises pour des diagnostics cliniques, mais elles sont assez bonnes pour établir de premières hypothèses pouvant être explorées plus en détails sur le plan clinique. Les résultats présentés ici peuvent également avoir des incidences pour la compréhension des conduites sexuelles à risque. Par exemple, nos résultats suggèrent que les individus ayant un attachement *ambivalent* peuvent être plus à risque d'IST parce qu'ils tendent à entrer plus précocement dans la sexualité, avec plus de partenaires, moins de sentiments et moins de protection. Dans cette étude, bien que de nombreuses hypothèses aient été soutenues, il faut souligner que l'attachement n'explique qu'une partie des expériences sexuelles. Par conséquent, parce que de nombreux autres facteurs contribuent aux expériences sexuelles des individus, de futures recherches devraient éclairer ces liens entre attachement et expériences sexuelles à travers d'autres variables psychologiques (personnalité, recherche de sensation) et socioculturelles (croyances, socialisation...). Nous avons déjà entrepris d'interroger l'influence des pairs sur les conduites et engagements sexuels des adolescents (Potard, Courtois, & Rusch, 2008) ainsi que le rôle des cognitions et des représentations dans les comportements sexuels à l'adolescence (modèle TPB) (Potard, Le Samedy, Courtois, Mestre, Barakat, & Réveillère, Submitted for publication).

## Bibliographie

- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 40(4), 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Water, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, E. S., & Baucom, D. H. (2004). Adult attachment and patterns of extradyadic involvement. *Family process*, 43(4), 467-488.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp. 319-335). New York: the Guilford press.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & March, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behaviour. *Child development*, 78(4), 1222-1239.
- Ammaniti, M., Ijzendoorn, M. V., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: exploration of stability and change. *Attachment and human development*, 2, 328-346
- Apostolidis, T. (1993). Pratiques « sexuelles » versus pratiques « amoureuses »: fragments sur la division socioculturelle du comportement sexuel. *Sociétés*, 39, 39-46.
- Apostolidis, T. (2000). Le rapport au sexuel et la « sémiotique » de l'amour : marquage socioculturels et climats relationnels. *Journal des anthropologues*, 82-83, 339-356.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427-454.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *The American psychologist*, 55(5), 469-480.
- Asci, F. (2002). An investigation of age and gender differences in physical self-concept among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 37(146), 365-371.
- Assailly, J. P. (2003). Les conduites à risque : du danger à la loi, des gènes aux pairs... Que nous apprend l'épidémiologie des influences familiales et sociales ? *Revue toxibase*, 11, 1-14.
- Atger, F. (2002). Attachement et adolescence. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *L'attachement: concepts et applications* (pp. 127-135). Paris: Masson.
- Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*, 175, 73-86.
- Athéa, N., & Alvin, P. (1997). Les problèmes courants liés à la vie sexuelle: contraception et MST. In P.-A. Michaud, P. Alvin, J.-P. Deschamps, J.-Y. Frappier, D. Marcelli & A. Tursz (Eds.), *La santé des adolescents: approches, soins, prévention* (pp. 279-301). Lausanne: Payot.
- Baber, K. (2005). *Adolescent Sexuality*. Manchester: UNH Center on adolescence.
- Bajos, N., Bozon, M., Ferrand, A., Giami, A., & Spira, A. (1999). La sexualité au temps du sida. *L'homme*, 39(150), 266-268.
- Bajos, N., & Durand, S. (2001). *Adolescent sexual and reproductive behavior: a developed*

- country comparison. *Country report for France*. New-York: AGI.
- Barker, G. (2000). *Et si on parlait des garçons? Compte-rendu de publications sur la santé et le développement des garçons adolescents*. Genève: WHO.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.
- Beinstein Miller, J., & Hoicowitz, T. (2004). Attachment contexts of adolescent friendship and romance. *Journal of adolescence*, 27(2), 191-206.
- Bekker, M. H. J., Bachrach, N., & Croon, M. A. (2007). The relationships of antisocial behaviour with attachment styles, autonomy-connectedness and alexithymia. *Journal of clinical psychology*, 63(6), 507-527.
- Beyers, J. M., Loeber, R., Wikström, P.-O. H., & Stouthamer-Loeber, M. (2001). What predicts adolescent violence in better-off neighbourhoods?. *Journal of abnormal child psychology*, 29(5), 369-381.
- Billy, J. O. G., Landale, N. S., Grady, W. R., & Zimmerle, D. M. (1988). Effects of sexual activity on adolescent social and psychological development. *Social psychology quarterly*, 21(3), 190-212.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of social and personal relationships*, 24(1), 21-35.
- 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), 929-943.
- Birnie, C., Joy McClure, M., Lydon, J. E., & Holmberg, D. (2009). Attachment avoidance and commitment aversion: a script for relationship failure. *Personal relationships*, 16(1), 79-97.
- Blanchard, M., & Miljkovitch, R. (2002). Attachement et psychopathologie durant l'enfance. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *L'attachement: concepts et applications* (pp. 169-175). Paris: Masson.
- Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Self-esteem, risky sexual behavior, and pregnancy in a New Zealand birth cohort. *Archive of sexual behavior*, 35(5), 549-560.
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behaviour. *Personal relationships*, 9, 191-204.
- Botbol, M., Cupa, D., Tabatabaï, H., Branco, M., Menetrier, C., & Barriguete, J. A. (2000). Les destins de l'attachement à l'adolescence. In J. Cupa (Ed.), *L'attachement. Perspectives actuelles* (pp. 69-82). Paris: EDK.
- Bouvard, M. (2009). Estime de soi. In M. Bouvard (Ed.), *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (pp. 269-276). Paris: Masson.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *International journal of psycho-analysis*, 25, 19-52.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte (Vol I & II) (5° Ed)*. Paris: PUF.
- Boyce, W., Maryanne, D., Fortin, C., & MacKinnon, D. (2003). *Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study, Factors influencing knowledge, attitudes and*

- behaviours*. Canada: Council of Ministers of Education.
- Boyer, F., Strayer, F., & Ponce, C. (2005). Les études des relations sociales précoces: sommes-nous trop « secure » avec l'attachement ou trop « attaché » à la sécurité?. *Psychologie française*, 50(2), 211-223.
- Bozon, M. (1993). L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes. *Population*, 5, 1317-1352.
- Bozon, M., & Heilborn, M.-L. (1996). Les caresses et les mots. Initiations amoureuses à Rio de Janeiro et à Paris. *Terrain*, 27, 37-58.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: a dyadic approach. *Personal relationships*, 14(3), 475-493.
- Breakwell, G. M., & Fife-Schaw, C. R. (1992). Sexual activities and preferences in a United Kingdom sample of 16 to 20-year-olds. *Archives of sexual behavior*, 21(3), 271-293.
- Breakwell, G. M., & Millward, L. J. (1997). Sexual self-concept and sexual risk-taking. *Journal of adolescence*, 20, 29-41.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: the Guilford press.
- Buist, K. L., Dekovic, M., Meeus, W., & van Aken, M. A. G. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behavior. *Journal of adolescence health care*, 24(3), 251-266.
- 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.
- Byrne, B., & Shavelson, R. (1986). On the structure of adolescent self-concept. *Journal of educational psychology*, 78(6), 474-481.
- Cafilisch, M., & Duran, M. (2008). Aborder la sexualité à l'adolescence. Réflexion autour de l'introduction du vaccin contre les virus HPV. *Paediatrica*, 19(2), 21-23.
- Cann, A., Mangum, J. L., & Wells, M. (2001). Distress in response to relationship infidelity: The roles of gender and attitudes about relationships. *The journal of sex research*, 38, 185-190.
- Carlson, V., Barnett, D., Cicchetti, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental psychology*, 25(4), 525-531.
- Carskadon, M. A., & Acebo, C. (1993). A self-administered rating scale for pubertal development. *Journal of adolescence health*, 14, 190-195.
- Cash, T. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: searching for constructs. *Clinical psychology: science and practice*, 12(4), 438-441.
- Ciairano, S., Bonino, S., Kliewer, W., Miceli, R., & Jackson, S. (2006). Dating, sexual activity and well-being in Italian adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(2), 275-282.
- Cleland, J. (2005). Exemple de questionnaire d'enquête auprès des jeunes In Cleland J, Ingham R, Stone N, (Eds.) *Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation: Instruments de base présentés à titre d'exemple Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche de Développement et de Formation à la recherche en reproduction humaine* (pp 15-40). Genève: OMS.

- Cohane, G., & Pope, H. (2000). Body image in boys: review of literature. *International journal of eating disorders*, 29(4), 373-379.
- Cohin, E., & Miljkovitch, R. (2007). La mise en place des représentations d'attachement au sein du couple: parts relatives à l'enfance et au conjoint. *Psychologie française*, 52 (4), 519-533.
- Collins, N. L., Cooper, M. L., Albino, A., & Allard, L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: a prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *Journal of personality and social psychology*, 70(6), 966-1008.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644-663.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Cooper, M. L., Shapiro, C. M., & Powers, A. M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behaviour among adolescents and young adults: a functional perspective. *Journal of personality and social psychology*, 75(6), 1528-1558.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1380-1397.
- Coopersmith, S. (1984). *Manuel de l'inventaire de l'estime de soi de Coopersmith, SEI, traduction française*. Paris: ECPA.
- Costa, F., Jessor, R., Donovan, J. E., & Fortenberry, J. D. (1995). Early initiation of sexual intercourse: The influence of psychosocial unconventionality. *Journal of research on adolescence*, 5(1), 83-121.
- Courtois, R. (1998). Conception et définition de la sexualité. *Annales médico-psychologiques*, 156(9), 613-620.
- Courtois, R., Bariaud, F., & Turbat, J. (2000). Relation entre la maturation pubertaire et la sexualité chez des adolescentes. *Archives de pédiatrie*, 7(10), 1129-1131.
- Courtois, R., Mullet, E., Bariaud, F., & Malvy, J. (1998). Un questionnaire sur la sexualité à l'adolescence. *Psychologie et psychométrie*, 19(4), 43-63.
- Courtois, R., Mullet, E., & Malvy, D. (2001). Comparaison des comportements sexuels de lycéens congolais et français dans le contexte du sida. *Cahiers d'études et de recherche francophone/santé*, 11(1), 49-55.
- Courtois, R., Potard, C., Réveillère, C., & Moltrecht, B. (In press). Validation d'une échelle de sexualité (intérêts, émotions, relations : IERS) à la prime adolescence (12-15 ans). *L'Encéphale*.
- Crawford, M., & Popp, D. (2003). Sexual double standards: A review and methodological critique of two decades of research. *The journal of sex research*, 40(1), 13-26.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant mental health journal*, 11(3), 259-277.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K. F., et al. (2001). Correlates of casual sex among African-American female teens. *Journal of HIV/AIDS prevention & education for adolescents & children*, 4(4), 55-67.
- Cupa, D. (2001). La place du père dans la théorie de l'attachement. In D. Cupa (Ed.),

*L'attachement : perspectives actuelles* (pp. 58-68). Paris: EDK.

- Davidson, T., & McCabe, M. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social and sexual functioning. *Sex roles, 52*(7/8), 464-474.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and social psychology bulletin, 30*(8), 1076-1090.
- Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. E., Vernon, M. L., Follette, W. C., & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": insecure attachment inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal relationships, 13*, 465-483.
- Dehne, K. L., & Riedner, G. (2001). Sexually transmitted infections among adolescents the need for adequate health services. *Reproductive health matters, 9*(17), 170-183.
- Dehne, K. L., & Riedner, G. (2005). *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneva: WHO.
- Delignières, D., Fortes, M., & Ninot, G. (2004). The fractal dynamics of self-esteem and physical self. *Nonlinear dynamics in psychology and life sciences, 8*, 479-510.
- Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological review, 110*(1), 173-192.
- Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., et al. (2006). A prospective study of psychological distress and sexual risk behavior among black adolescent females. *Pediatrics in review, 108*(5), 85-91.
- Doljanac, R. F., & Zimmerman, M. A. (1998). Psychosocial factors and high-risk sexual behavior: race difference among urban adolescents. *Journal of behavioral medicine, 21*(5), 451-467.
- Dugravier, R., Guedeney, N., & Mintz, A.-S. (2006). Attachement et liens d'amitié. *Enfance & psy, 31*, 20-28.
- Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of personality and social psychology, 73*, 139-148.
- Eisenberg, M., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of psychosomatic research, 61*, 521-527.
- Erickson, P. I., Bastani, R., Maxwell, A. E., Marcus, A. C., Capell, F. J., & Yan, K. X. (1995). Prevalence of anal sex among heterosexuals in California and its relationship to other AIDS risks behaviors. *AIDS education and prevention, 7*(6), 477-493.
- Ethier, K. A., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., Milan, S., Niccolai, L. M., & Ickovics, J. R., 38(3), 268-274. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: inter-relationships and temporal effects. *Journal of adolescent health 38*(3), 268-274.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Callan, V. J. (1994). Attachment processes in adulthood. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (pp. 269-308). Bristol: Jessica Kingsley.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Patty, J. (1993). Adolescents' interactions with the opposite sex: influence of attachment style and gender. *Journal of adolescence 16*(2), 169-186.
- Feeney, J. A., Peterson, C., Gallois, C., & Terry, D. J. (2000). Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behaviour in late adolescence. *Psychology and health, 14*, 1105-1122.

- Flora, J., & Segrin, C. (2005). *Family communication*. Mahwah: Lawrence Erlbaum associates.
- Forste, R., & Haas, D. W. (2002). The transition of adolescent males to first sexual intercourse: anticipated or delayed? . *Perspectives on sexual and reproductive health*, 34(4), 184-190.
- Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and social psychology bulletin*, 30(7), 878-890.
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendship and romantic relationships. *Personal relationships*, 4, 131-144.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns, a test of the typological mode. In J.A. Simpson & W.S Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: the Guilford press.
- Freud, S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Frost, J., & McKelvie, S. (2004). Self-esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school, and university students. *Sex roles*, 51(1/2), 45-54.
- Garcia Werebe, M. J. (1980). Principaux courants d'étude de la sexualité humaine. *Bulletin de psychologie*, XXXIV(348), 137-150.
- Gebhardt, W. A., Kuyper, L., & Greunsven, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of adolescent health*, 33(3), 154-164.
- Gentzler, A. L., & Kerns, K. A. (2004). Association between insecure attachment and sexual experiences. *Personal relationships*, 11, 249-265.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview* (Unpublished manuscript.). Berkeley: University of California.
- Gilbert, A., Bélanger, H., Charbonneau, L., Grau, M. C., Haley, N., & Lambert, Y. (2005). L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir selon leur profil de risques. *Prévention en pratique médicale*, 2, 1-6.
- Gillen, M. M., Lefkowitz, E. S., & Shearer, C. (2006). Does body image play a role in risky sexual behavior and attitudes? *Journal of youth and adolescence*, 35(2), 243-255.
- Giordano, P. C. (2003). Relationships in adolescence. *Annual review of sociology*, 29, 257-281.
- Gloger-Tippel, G., König, L., & Olaf, L. (2008). Représentations d'attachement évaluées avec les histoires à compléter et troubles du comportement chez des enfants de 6 ans. *Enfance*, 60, 42-50.
- Godeau, E., Grandjean, H., & Navarro, F. (2005). *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France /2002 - Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*. Paris: INPES.
- Godeau, E., Vignes, C., Duclos, M., Navarro, F., Cayla, F., & Grandjean, H. (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 36, 176-182.
- Goergen, R. (2000). *Cost effective and easy to handle methods for program design and evaluation in sexual and reproductive health programs for youths*. Eschborn Deutsche: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.

- Golse, B. (2007). Entre psychanalyse et attachement, le concept de pulsion d'attachement comme moyen de penser la symbolisation en absence et en présence de l'objet. *Dialogue & alliance*, 175, 15-29.
- Gonzaga, G. C., Turner, R. A., Keltner, D., Campos, B., & Altemus, M. (2006). Romantic love and sexual desire in close relationships. *Emotion*, 6(2), 163-179.
- Gosling, P. (1996). L'échelle d'estime de soi de Rosenberg. In P. Gosling (Ed.), *Psychologie sociale: approche du sujet social et des relations interpersonnelles*. Paris: Lexifac.
- Greenberg, J. S., Bruess, C. E., & Conklin, S. C. (2010). *Exploring the dimensions of human sexuality*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Gribble, J. N., Miller, H. G., Rogers, S. M., & Turner, C. F. (1999). Interview mode and measurement of sexual behaviors: methodological issues. *The journal of sex research*, 36(1), 16-24.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and the other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430-445.
- Grogan, S. (1999). Introduction. In S. Grogan (Ed.), *Body image-understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (pp. 1-6). New York: Routledge.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1998). Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance*, 3, 44-68.
- Guedeney, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation): étude de validation du construit. *L'Encéphale*, 36(1), 69-76.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2002). *L'attachement: concepts et applications*. Paris: Masson.
- Guedeney, N., Lamas, C., Bekhechi, V., Mintz, A. S., & Guedeney, A. (2007). Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives de pédiatrie*, 15(S1), 12-19.
- Guérin, F., Marsh, H. W., & Famose, J.-P. (2001). *Concept de soi physique : réplique française de PSDQ de H.W. Marsh*. Paper presented at the ACAPS, Valence.
- Guérin, F., Marsh, H. W., & Famose, J.-P. (2004). Generalizability of the PSDQ and its relationship to physical fitness: the European French connection. *Journal of sport & exercise psychology*, 26(1), 19-38.
- Guillon, M.-S., & Crocq, M.-A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(1), 30-36.
- Gullette, D. L., & Lyons, M. A. (2006). Sensation seeking, self-esteem and unprotected sex in college students. *Journal of the association of nurses in aids care*, 17(5), 23-31.
- Haffner, D. W. (1998). *Facing Facts: sexual health for American adolescents*. Paper presented at the Annual meeting of society for adolescent medicine, New York.
- Halkitis, P. N., Green, K. A., & Wilton, L., 3(1), 27-42. (2004). Masculinity, body image and sexual behavior in HIV-seropositive men: a two-phase formative behavioural investigation using the internet. *International journal of men's health*, 3(1), 27-42.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vol. I & II). New York: Appleton & Co.

- Halliwell, E., & Dittmar, H. (2003). A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes toward aging. *Sex roles, 49*(11/12), 675-684.
- Halperin, D. (1989). Is there a history of sexuality ? *History and theory, 28*(3), 257-274.
- Hansen, L., Mann, J., Wong, T., & McMahon, S. (2004). Sexual Health. *Women's health, 4*(1), 24.
- Hargreaves, D., & Tiggeman, M. (2006). Body image is for girl a qualitative study of boys' body image. *Journal of health psychology, 11*(4), 567-576.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist, 13*, 573-685.
- Harter, S. (1994). Comment se forge l'image de soi chez l'adolescent. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez & W. Bettschart (Eds.), *Pré adolescence : théorie, recherche et clinique* (Vol. 73-85). Paris: ESF.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. *The journal of sex research, 23*, 502-526.
- Hendrick, S., Hendrick, C., & Reich, D. A. (2006). The brief sexual attitudes scale. *The journal of sex research, 43*, 76-86.
- Hodžić, A., & Bijelić, N. (2003). *The significance of gender in the attitudes and sexual behaviour of Croatian adolescents-Report on the Findings of the Urgently Claiming the Future: Focus on Gender for Safer Sexual Relationships Research Project*. Krizaniceva: CESI.
- Houssier, F. (2003). S. G. Hall (1844-1924) : un pionnier dans la découverte de l'adolescence. Ses liens avec les premiers psychanalystes de l'adolescent. *La psychiatrie de l'enfant, 46*(2), 655-668.
- Hublely, A., & Quinlan, L. (2005). *Body image across the adult lifespan: it's more gender than age*. Washington: American Psychology Association.
- Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behaviour: the meditational role of self-esteem. *Psychology & health, 19*(4), 515-526.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. New York: Henry Holt.
- Jardin, A. (2004). Sexualité masculine et féminine au XXe siècle: transformations? Révolutions ? Libérations ? *Revue épidémiologique en santé publique, 52*(4), 388-392.
- Jaspard, M. (1997). Analyse des comportements sexuels des jeunes homo- et bisexuels. *Transcriptase, 61*, 1-5.
- Jeammet, P. (2005). La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. *Gynécologie obstétrique & fertilité, 33*(9), 624-626.
- Jordhal, T., & Lohman, B. J. (2009). A bioecological analysis of risk and protective factors associated with early sexual intercourse of young adolescents. *Children and youth services review, 31*(12), 1272-1282.
- Juhem, P. (1995). Les relations amoureuses des lycéens. *Sociétés contemporaines, 21*, 29-42.
- Karofsky, P. S., Zeng, L., & Kosorok, M. R. (2000). Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *Journal of adolescent health,, 28*(1), 41-45.
- Kenny, M. E., & Gallagher, L. A. (2002). Instrumental and social/relational correlates of perceived maternal and paternal attachment in adolescence. *Journal of adolescence*

- health care*, 25(2), 203-219.
- Kirkpatrick, L. A., & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, 66(3), 502-512.
- Knox, M., Funk, J., Elliot, R., & Bush, E. (1998). Adolescents possible selves' and their relationship to global self-esteem. *Sex roles*, 39(1/2), 61-78.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and other. *Child development*, 59, 135-146.
- Kostanski, M., Fisher, A., & Gullone, E. (2004). Current conceptualisation of body image dissatisfaction: have we got it wrong? *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(7), 1317-1325.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways of self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviors. *Journal of adolescence health*, 27(6), 703-716.
- Lamas, C., & Guedeney, N. (2006). Constitution des liens d'attachement. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19(3), 111-114.
- Lammers, C., Ireland, M., Resnick, M., & Blum, R. (2000). Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. The meditational role of self-restraint. *Journal of adolescent health care*, 26(1), 42-48.
- Lapsley, D. K., Varshney, N. M., & Aalsma, M. C. (2000). Pathological attachment and attachment style in late adolescence. *Journal of adolescence health care*, 23(2), 137-155.
- Lauru, D. (2000). Le passage à l'acte amoureux. In C.Hoffmann (Ed.), *L'agir adolescent* (pp. 57-72). Paris Erès.
- Le Breton, D. (2002). *Les conduites à risque*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Le Camus, J. (2002). Le lien père-bébé. *Médecine et hygiène*, 22, 145-167.
- LeGall, A., Mullet, E., & Rivière, S. (2002). Age, religious belief and sexual attitude. *Journal of sex research*, 39(3), 13-23.
- Leigh, B., & Morrison, D. (1991). Alcohol consumption and sexual risk-taking in adolescents. *Alcohol health & research world*, 15, 58-63.
- Leitenberg, H., & Saltzman, H. (2000). A statewide survey of age at first intercourse for adolescents females and age of their male partners : relation to other risk behaviors and statutory rape implications. *Archives of sexual behavior*, 29(3), 203-215.
- Lewis, C., & Lamb, E. L. (2003). Fathers' influence on children's development: the evidence from two-parent families. *European journal of psychology of education*, 18(2), 211-228.
- Lorenz, K. (1935/1957). The companion in bird's world. In C. H. Schiller (Ed.), *Instinctive behavior* (pp. 83-128). New York: International universities press.
- Lorenz, K. (1967). *Evolution et modification du comportement: l'inné et l'acquis*. Paris: Payot.
- Maïano, C., Ninot, G., & Bilard, J. (2004). Age and gender effects on global self-esteem and physical self-perception in adolescents. *European physical education review*, 10(1), 53-69.
- Main, M., & Salomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation In M.T. Greenberg,

- D., Cicchetti, & M., Cummings (Ed.), *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention* (pp. 121-161). Chicago: University of Chicago press.
- Mallet, P. (2003). Amitié, intimité émotionnelle et rôles de sexe à l'adolescence. *Pratiques psychologiques*, 3, 39-48.
- Marcelli, D. (2000). *Adolescence, grossesse et sexualité, une douloureuse conjonction*. Paper presented at the Grossesse et Adolescence 2<sup>o</sup> Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, Poitiers.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (1995). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.
- Mareau, C., & Sahuc, C. (2005). *La sexualité chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Studyparents.
- Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational psychology review*, 2(2), 77-172.
- McCabe, M. P. (2005). Boys want sex, girls want commitment: does this trade-off still exist? . *Sexual and relationship therapy*, 20(2), 139-141.
- McNeely, C., Shew, M. L., Beuhring, T., Sieving, R., Miller, B. C., & Blum, B. (2002). Mothers' influence on the timing of first sex among 14- and 15-year-olds. *Journal of adolescent health care*, 31(3), 256-265.
- Medico, D. (2005). Modèles contemporains de santé sexuelle. From [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Pdf/Sante\\_sexuelle\\_OMS\\_Campana\\_2006.pdf](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Sante_sexuelle_OMS_Campana_2006.pdf)
- Medico, D., & Lévy, J. J. (2005). Le premier baiser. *Adolescence*, 53(3), 709-716.
- Meier, A. M. (2007). Adolescent first sex and subsequent mental health. *American journal of sociology*, 112(6), 1811-1847.
- Mendelson, B., White, D., & Mendelson, M. (1997). Self-esteem and body-esteem effects of ages, gender and weight. *Journal of applied developmental psychology*, 17, 321-346.
- Meschke, L.-L., Bartholomae, S., & Zentall, S. R. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: promoting healthy teen choices. *Journal of adolescent health care*, 31(6), 264-279.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2002). Attachment style. In J. A. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: therapists' relational contribution to effective psychotherapy* (pp. 307-382). London: Oxford University press.
- Michel, G. (2001). *La prise de risque à l'adolescence: pratiques sportives et usages de substances psychoactives*. Paris: Masson.
- Michels, T. M., Kropp, R. Y., Eyre, S. L., & Halpern-Flescher, B. L. (2005). Initiating sexual experiences: how do young adolescents make decisions regarding early sexual activity? . *Journal of research on adolescence*, 15(4), 583-607.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 2, 143-178.
- Miljkovitch, R., & Cohin, E. (2007). L'attachement dans la relation de couple: une continuité de l'enfance? . *Dialogue & alliance*, 175, 87-96.
- Miljkovitch, R., & Pierrehumbert, B. (2005). Le père est-il l'égal de la mère? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35, 115-129.
- Miller, B. C., & Moore, K. A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy and parenting:

- research through the 1980s. *Journal of marriage and family*, 52(4), 1025-1044.
- Miller, J. B., & Hoicowitz, T. (2004). Attachment contexts of adolescent friendship and romance. *Journal of adolescence*, 27(2), 191-206.
- Mintz, A.-S. (2002). Attachement, couple et famille. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *L'attachement: concepts et applications* (pp. 163-170). Paris: Masson.
- Mohammadi, M., Mohammad, K., Farahani, F., Alikhani, S., Zare, M., Therani, F., et al. (2006). Reproductive Knowledge, Attitudes and Behavior Among Adolescent Males in Tehran, Iran. *International family planning perspective*, 32(1), 35-44.
- Moore, S., & Rosenthal, D. A. (2006). *Sexuality in adolescence: current trends*. London: Routledge.
- Moreno, J., & Gimeno, E. (2005). Physical self-perception in Spanish adolescents: gender and involvement in physical activity effects. *Journal of human movement studies*, 48(291-311).
- Moulin, P. (2007). La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4, 59-88.
- Newman, D., Sontag, L., & Salvato, R., 265-275. (2006). Psychosocial aspects of body mass and body image among rural American Indian adolescent. *Journal of youth and adolescence*, 35(2), 265-275.
- Noël, R., & Cyr, F. (2009). Le père: entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 52(2), 535-591.
- O'Sullivan, L. F., & Brooks-Gunn, J. (2005). The timing of changes in girls' sexual cognitions and behaviors in early adolescence: a prospective, cohort study. *Journal of adolescent health*, 37(3), 211-219.
- O'Dea, J. (2006). Self-concept, self-esteem and body weight in adolescents females: a three-year longitudinal study. *Journal of health psychology*, 11(4), 599-611.
- O'Donnell, L., O'Donnell, C., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. *Family planning perspectives*, 33(6), 268-275.
- O'Sullivan, L. F., & Brooks-Gunn, J. (2005). The timing of changes in girls' sexual cognitions and behaviors in early adolescence: a prospective, cohort study. *Journal of adolescent health*, 37(3), 211-219.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1987). *Concept of sexual health : report on a working group*. Copenhagen: WHO.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 january 2002*. Geneva: WHO.
- Ott, M. A., Pfeiffer, E. J., & Fortenberry, J. D. (2006). Perceptions of sexual abstinence among high-risk early and middle adolescents. *Journal of adolescence health care*, 39(2), 192-198.
- Pan American Health Organization. (2000). *Basics concepts in promotion of sexual health: recommendations for actions*. Guatemala: World association for sexology.
- Paquette, D., Parent, S., & Migras, M. (2001). La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montreal. *Canadian journal of behavioural science*, 33(2), 88-96.
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual

- intercourse before age 16. *Journal of adolescent health care*, 27(2), 136-147.
- Perrin-Escalon, H., & Hassoun, J. (2004). *Adolescence et santé : constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*. Paris: INPES.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien. La théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations : développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adulte. *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 161-206.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (1997). Workings models of attachment and daily social interactions. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1409-1423.
- Porter, C. P., Oakley, D. J., Guthrie, B. J., & Killion, C. (1999). Early adolescents' sexual behaviors. *Comprehensive pediatric nursing*, 22(2-3), 129.
- Potard, C., Courtois, R., & Rusch, E. (2008). The influence of peers on risky sexual behaviour during adolescence. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 13(3), 264-270.
- Potard, C., Le Samedy, M., Courtois, R., Mestre, B., Barakat, M. J., & Réveillère, C. (Submitted for publication). Determinants for the intention of condom use in French adolescents. *Health education & behavior*.
- Rabusic, L., & Kepakova, K. (2003). Adolescent Sexual Behavior and the HIV/AIDS Risk in the Czech Republic. *Revija za sociologiju*, 24(3-4), 189-206.
- Rice, K. G., Cunningham, T. J., & Young, M. B. (1997). Attachment to parents, social competence, and emotional well-being: a comparison of black and white late adolescents. *Journal of counselling psychology*, 44(1), 89-101.
- Rock, E. M., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2003). To know that we know what we know: Perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 16, 369-376.
- Rolison, M. R., & Scherman, A. (2003). College student risk-taking from three perspectives. *Adolescence*, 38(152), 689-704.
- Ros, C. (2000). *Sexualité, grossesse et IVG, données épidémiologiques*. Paper presented at the Grossesse et Adolescence 2° Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, Poitiers.
- Rosen, K. S., & Burke, P. (1999). Multiple attachment relationships within the family: Mothers and fathers with two young children. *Developmental psychology*, 35, 436-441.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenthal, D., Moore, S., & Flynn, I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. *Journal of community & applied social psychology*, 1, 77-88.
- Ross, E., & Rapp, R. (1981). Sex and society: a research note social history and anthropology. *Comparative studies in society and history*, 23, 51-72.
- Salazar, L. F., Crosby, R. A., Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Lescano, C. M., Brown, L. K., Harrington, K., & Davies, S. (2005). Self esteem and theoretical mediators of safer sex among American African adolescents girls: implications for sexual risk reduction interventions. *Health education & behavior*, 32(3), 413-427.
- Salazar, L. F., Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S., ,

- Hook, E.W., & Oh, M.K. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex: a test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention science*, 5(3), 137-149.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (1993). *Les troubles des relations précoces*. Paris: PUF.
- Sandfort, T. G. M., & Ehrhardt, A. A. (2004). Sexual health: a useful public health paradigm or a moral imperative? . *Archives of sexual behavior*, 33(3), 181-187.
- Santelli, J. S., Kaiser, J., Hirsch, L., Radosh, A., Simkin, L., & Middlestadt, S. (2004). Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *The journal of adolescent health*, 33(3), 200-208.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal relationships*, 11(2), 179-195.
- Seal, D. W., Bloom, F. R., & Somlai, A. M. (2000). Dilemmas in conducting qualitative sex research in applied field settings. *Health education & behavior*, 27(1), 10-23.
- Selverstone, R. (1989). Adolescent sexuality: developing self-esteem and mastering developmental tasks. *SIECUS Report*, 18(1), 1-3.
- Shafer, A. B. (2001). The big five and sexuality trait terms as predictors of relationships and sex. *Journal of research in personality*, 35, 313-338.
- Sharpsteen, D. J., & Kirkpatrick, L. A. (1997). Romantic jealousy and adult romantic attachment. *Journal of personality and social psychology*, 72(3), 627-640.
- Shulman, S., & Seiffge-Krenke, I. (2001). Adolescent romance: between experience and relationships. *Journal of adolescence health care*, 24(3), 417-428.
- Siegley, L. A. (1999). Self-esteem and health behavior: theoretic and empirical links. *Nursing outlook*, 47(2), 74-77.
- Slater, R. (2007). Attachement: theoretical development and critique. *Educational psychology in practice*, 23(3), 205-219.
- Spitz, R. A. (1946). Hospitalism; A follow-up report on investigation described in volume I, 1945. *The psychoanalytic study of the child*, 2, 113-117.
- Thériault, J. (2004). Jeunes et intimité érotique. *Sexologies*, XIII(49), 39-39.
- Thériault, J. (2006). Intimité et sexualité à l'adolescence. *Counseling et spiritualité*, 25, 10-27.
- Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W., & Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. In P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Mahwah: Lawrence
- Upchurch, D. M., Levy-Storms, L., Succoff, C. A., & Aneshensel, C. S. (1998). Gender ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. *Family planning perspectives*, 30(3), 121-127.
- Uzan, M. (1998). *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris Ministère de la santé.
- 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, 305-316.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-249.

- Vignoli, E., & Mallet, P. (2004). Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on Armsden and Greenberg's three-dimension model. *European review of applied psychology, 54*(4), 251-260.
- Warren, C., Santelli, J., Everett, S., Kann, L., Collins, J., Cassell, C., et al. (1998). Sexual behavior among U.S. High School students, 1990-1995. *Family planning perspectives, 30*(4), 170-200.
- Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of women quarterly, 30*(4), 333-339.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W., McManus, S., Erens, B., Mercer, C., et al. (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Sexual health and lifestyles, 358*(9296), 1843-1850.
- Wendt, S. J., & Solomon, L. J. (1995). Barriers to condom use among heterosexual male and female college student. *College health, 44*, 105-110.
- Whitbeck, L., Yoder, K., Hoyt, D., & Conger, R. (1999). Early adolescent sexual activity: A study of eighth, ninth and tenth graders in two-parent and single-mother families. *Journal of marriage and the family, 61*, 934-946.
- Wiederman, M. W., & Hurst, S. R. (1998). Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: relationships to sexual experience and sexual esteem. *Journal of sex research, 35*(3), 272-281.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A., & Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of child psychology and psychiatry, 45*(8), 1454-1467.
- Will, T., Soullignac, R., Barrelet, L., Damsa, C., King-Olivier, J., de Tonnac, N., et al. (2006). La sexualité vue à travers le constructionnisme social. *Sexologies, 15*(4), 273-278.
- Winaver, D. (2002). Sexe et sentiments. *Gynécologie obstétrique et fertilité, 30*(4), 303-307.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Yamamiya, Y., Cash, T. F., & Thompson, J. K., 55(5-6), 421-427. (2006). Sexual experiences among college women: the differential effects of general versus contextual body images on sexuality. *Sex roles, 55*(5-6), 421-427.
- Zabin, L. S., & Hayward, S. C. (1993). Age of sexual onset. In L. S. Zabin & S. C. Hayward (Eds.), *Adolescent sexual behaviour and childbearing* (pp. 27-53). Newbury Park: Sage.
- Zapf, J. L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual addiction & compulsivity, 15*(2), 158-175.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behaviour: The evidence for multiple pathways to sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental review, 28*, 153-224.
- Zimmerman, M., Copeland, L., Shope, J., & Dielman, T. (1997). A longitudinal study of self-esteem: implications for adolescent development. *Journal of youth and adolescence, 26*(2), 117-141.
- Zimmerman, P., & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: the influence of ego-identity status. *Journal of adolescence health care, 14*(2), 117-141.

25 (1), 107-124.

# **Annexes**

## Annexe I: Protocole expérimental de la *Strange situation*

Tableau I: Résumé de la *Strange Situation* d'Ainsworth (tiré d'Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978)

Description sommaire des épisodes	
Episodes	Descriptions
1. Introduction	Introduction de la dyade parent-enfant dans la pièce de la situation étrange.
2. Premier épisode (3 minutes).	Le parent est avec l'enfant. Le parent répond aux comportements de l'enfant sans prendre l'initiative dans l'interaction.
3. Entrée de l'étrangère (3 minutes).	1 <sup>re</sup> minute : l'étrangère garde le silence. 2 <sup>e</sup> minute : l'étrangère entreprend une courte conversation avec le parent. 3 <sup>e</sup> minute : l'étrangère joue avec l'enfant.
4. Première séparation. Le parent quitte la pièce, l'enfant reste seul avec l'étrangère (3 minutes).	L'étrangère doit jouer avec l'enfant pendant l'absence du parent et graduellement reprendre son siège. Si l'enfant est en détresse, l'étrangère doit tenter de consoler l'enfant.
5. Première réunion parent-enfant (3 minutes).	Le parent retourne dans la pièce. La codification porte principalement sur la manière dont l'enfant accueille son parent à son retour et utilise son parent pour l'aider à diminuer l'inconfort créé par la séparation. L'étrangère quitte la pièce.
6. Deuxième séparation. L'enfant reste seul (3 minutes).	Les deux séparations sont écourtées si l'enfant manifeste trop d'inconfort.
7. L'étrangère revient dans la pièce (3 minutes).	La première responsabilité de l'étrangère est de consoler l'enfant s'il est malheureux. Dans le cas contraire, elle doit s'asseoir et demeurer discrète.
8. Deuxième réunion.	Le parent retourne dans la pièce avec les mêmes consignes que dans l'épisode 5.

## **Annexe II: Localisation des établissements scolaires par étude**

### Etude 1 :

Lycée générale Marceau de Chartres- 2 rue Pierre Mendès France- 28 000 Chartres

### Etude 2 :

Université François Rabelais de Tours (département de psychologie, sociologie et histoire)- 3 rue des Tanneurs- 37 041 Tours

### Etude 3 :

Collège Lamartine- Boulevard Tonnelé - 37 000 Tours

Collège Pablo Neruda- 27 rue du 23 février 1950 - 37700 Saint Pierre des Corps

Collège Léonard de Vinci- 17 rue de la pierre - 37100 Tours

Collège Rabelais – 38 bis rue François Richer - 37000 Tours

Lycée général Voltaire- 3 avenue Voltaire - 45000 Orléans

### Etude 4 :

Lycée général Voltaire- 3 avenue Voltaire - 45000 Orléans

Université François Rabelais de Tours (département de psychologie, médecine, sociologie et histoire)- 3 rue des Tanneurs- 37 041 Tours

### Etude 5 & 6:

Collège Lamartine- Boulevard Tonnelé 37 000 Tours

Collège Pablo Neruda- 27 rue du 23 février 1950 37700 Saint Pierre des Corps

Collège Léonard de Vinci- 17 rue de la pierre 37100 Tours

Collège Rabelais – 38 bis rue François Richer 37000 Tours

### Etude 7 :

Lycée général Voltaire- 3 avenue Voltaire - 45000 Orléans

### **Annexe III : Exemples de questionnaires utilisés dans les différentes études**

*Inventaire d'Attachement aux Parents* (Armsden & Greenberg, 1987)

Pour chacun des deux parents :

(1).Tout.à.fait.faux->>Tout.à.fait.vrai.(5)

1. Ma mère (ou mon père) sent : bien quand je suis contrarié(e)
2. J'ai l'impression que ma mère (ou mon père) ne me comprend pas.
3. Ma mère (ou mon père) m'encourage à parler de mes difficultés.
4. Ma mère (ou mon père) a confiance en mon jugement.
5. Si ma mère (ou mon père) se rend compte que je suis préoccupé(e), elle (il) me demande ce qu'il y a.
6. Je ne peux pas attendre grand-chose de ma mère (ou de mon père) en ce moment.
7. Quand on discute, ma mère (ou mon père) accorde de l'importance à mon point de vue.
8. Je parle à ma mère (ou à mon père) de mes problèmes et de mes soucis.
9. Ma mère (ou mon père) ne se rend pas compte à quel point je peux être énervé(e).
10. Ma mère (ou mon père) m'aide à mieux comprendre qui je suis.
11. Ma mère (ou mon père) respecte mes sentiments.
12. Ma mère (ou mon père) ne comprend pas ce qui m'arrive ces jours-ci.
13. Je peux compter sur ma mère (ou sur mon père) quand j'ai besoin de déballer ce que j'ai sur le cœur.
14. Je fais confiance à ma mère (ou à mon père).

## Grille d'entretien de Cleland (2005)

### SECTION 1 SITUATION SOCIOECONOMIQUE ET PROFIL DE LA FAMILLE

ALLER A

1.1	SEXE DE LA PERSONNE INTERROGEE	MASCULIN FEMININ	1 2	
1.2	Quelle est votre date de naissance ?	Jour <input type="text"/> <input type="text"/> Mois <input type="text"/> <input type="text"/> Année <input type="text"/> <input type="text"/>		
1.3	Quel âge avez-vous atteint à votre dernier anniversaire ?	Age <input type="text"/> <input type="text"/> VERIFIER LA COHERENCE AVEC LA QUESTION PRECEDENTE. RETABLIR SI NECESSAIRE		
1.4	Savez-vous lire ? Par exemple, lisez-vous le journal ?	Oui Non	1 2	
1.5	Etes-vous allé(e) à l'école ?	Oui Non	1 2	→ 1.14
1.6	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?  (ENTOURER LA REPONSE)	Primaire Secondaire <b>Formation supérieure sans éducation secondaire</b> Technique Commerciale ou de secrétariat Préparatoire <b>Formation supérieure après éducation secondaire</b> Technique Commerciale ou de secrétariat Formation d'enseignant Universitaire Universitaire supérieure	01 02  03 04 05  06 07 08 09 10	
1.7	Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée dans cet établissement scolaire ? Quel diplôme avez-vous obtenu ?	Classe/ Diplôme <input type="text"/> <input type="text"/>		
1.8	Actuellement, fréquentez-vous régulièrement une école, un lycée ou une université ? A temps complet ou à temps partiel ?	Oui, à temps complet Oui, à temps partiel Non	1 1 2	→ 1.10
1.9	Pendant combien d'années pensez-vous poursuivre vos études ?	Années <input type="text"/> <input type="text"/>		→ 1.11

1.10 A quel âge avez-vous quitté l'école, le lycée ou l'université ?	Age <input type="text"/> <input type="text"/>	
--	---	--

1.11 L'établissement scolaire ou universitaire que vous fréquentez ou que vous avez fréquenté est-il ou était-il public ou privé ?	Public	1	
	Privé	2	
1.12 S'agit-il d'un établissement religieux ou dirigé par un groupe religieux ?	Oui	1	
	Non	2	
1.13 L'établissement que vous fréquentez ou que vous avez fréquenté est-il ou était-il ... LISEZ A HAUTE VOIX LES REponses POSSIBLES	Mixte ?	1	
	Réservé aux garçons (réservé aux filles) ?	2	
1.14 Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre travail  Avez-vous déjà eu un emploi rémunéré ?	Oui	1	
	Non	2 →	1.20
1.15 A quel âge avez-vous eu votre premier emploi rémunéré ?	Age <input type="text"/> <input type="text"/>		
1.16 Occupez-vous actuellement un emploi rémunéré ?	Oui	1	
	Non	2 →	1.20
1.17 Combien d'heures par semaine environ travaillez-vous ?	Heures <input type="text"/> <input type="text"/>		
1.18 Quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) ? APPROFONDIR	..... .....		
1.19 Combien gagnez-vous (gagniez-vous) par semaine ?	Revenu hebdomadaire <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		→ 1.21
	Unité.....		
1.20 Cherchez-vous actuellement un emploi ?	Oui	1	
	Non	2	
1.21 Quelle est votre religion ?	Aucune	01 →	1.24
	Catholique	02	
	Protestante	03	
	Musulmane	04	
	Hindoue	05	
	Juive	06	
	Autre		

1.22 Assistez-vous généralement aux services religieux...	Tous les jours ?	1	
	Au moins une fois par semaine ?	2	
	Au moins une fois par mois ?	3	
	Au moins une fois par an ?	4	
	Moins d'une fois par an ?	5	
	Jamais ?	6	
1.23 Quelle place occupe la religion dans votre vie ?	Très importante	1	
	Importante	2	
	Pas importante	3	
1.24 Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre famille. Votre père est-il toujours en vie ?	Oui	1	
	Non	2	→ 1.28
1.25 Vit-il sous le même toit que vous ?	Oui	1	
	Non	2	
1.26 Parler avec votre père des choses qui sont importantes pour vous vous semble...	Très facile	1	
	Facile	2	
	Assez difficile	3	
	Difficile	4	
	Très difficile	5	
	Je ne vois pas mon père	6	→ 1.38
1.27 Avez-vous déjà discuté de questions liées à la sexualité avec votre père ?	Souvent	1	
	Occasionnellement	2	
	Jamais	3	
1.28 Votre mère est-elle toujours en vie ?	Oui	1	
	Non	2	→ 1.32
1.29 Vit-elle sous le même toit que vous ?	Oui	1	
	Non	2	
1.30 Parler avec votre mère des choses qui sont importantes pour vous vous semble...	Très facile	1	
	Facile	2	
	Assez difficile	3	
	Difficile	4	
	Très difficile	5	
	Je ne vois pas ma mère	6	

**SECTION 2 SANTE GENESIQUE : SOURCES D'INFORMATION ET CONNAISSANCES**

<p>2.1 Les jeunes ont beaucoup de sources d'information sur la <b>puberté</b> - c'est-à-dire les transformations du corps des garçons et des filles à l'adolescence. Ils peuvent s'informer auprès des enseignants, des parents, des frères et soeurs, des amis, des médecins, ou dans les livres, les films et les magazines. Quelle a été votre principale source d'information sur la puberté ? Et votre deuxième source d'information ? <b>ENTOURER LA PRINCIPALE SOURCE DANS LA COLONNE 1 ET LA DEUXIEME SOURCE DANS LA COLONNE 2</b></p> <p>2.2 Auprès de qui ou dans quoi préféreriez-vous obtenir plus d'informations sur ce sujet ?</p> <p align="center"><b>ENTOURER UNE REPONSE DANS LA COLONNE 3</b></p>	<p>Enseignant</p> <p>Mère</p> <p>Père</p> <p>Frère</p> <p>Soeur</p> <p>Autres membres de la famille</p> <p>Amis</p> <p>Médecins</p> <p>Livres/magazines</p> <p>Films</p> <p>Autres (Préciser.....)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p align="center">(1) Source principale</p> <p align="center">01</p> <p align="center">02</p> <p align="center">03</p> <p align="center">04</p> <p align="center">05</p> <p align="center">06</p> <p align="center">07</p> <p align="center">08</p> <p align="center">09</p> <p align="center">10</p> <p align="center">11</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	<p align="center">(2) Deuxième source</p> <p align="center">01</p> <p align="center">02</p> <p align="center">03</p> <p align="center">04</p> <p align="center">05</p> <p align="center">06</p> <p align="center">07</p> <p align="center">08</p> <p align="center">09</p> <p align="center">10</p> <p align="center">11</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	<p align="center">(3) Source préférée</p> <p align="center">01</p> <p align="center">02</p> <p align="center">03</p> <p align="center">04</p> <p align="center">05</p> <p align="center">06</p> <p align="center">07</p> <p align="center">08</p> <p align="center">09</p> <p align="center">10</p> <p align="center">11</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>
<p>2.3 Je voudrais maintenant vous poser une question similaire concernant vos sources d'information sur les <b>organes sexuels</b> et l'<b>appareil reproducteur de l'homme et de la femme</b> - c'est-à-dire là où sont fabriqués les ovules et les spermatozoïdes et là où se déroule la grossesse. Quelle a été votre principale source d'information sur ce sujet ? Et votre deuxième source ? <b>ENTOURER LES REPONSES DANS LES COLONNES 1 ET 2</b></p> <p>2.4 Auprès de qui ou dans quoi préféreriez-vous (ou auriez-vous préféré) obtenir plus d'informations sur ce sujet ?</p> <p align="center"><b>ENTOURER UNE REPONSE DANS LA COLONNE 3</b></p>	<p>Enseignant</p> <p>Mère</p> <p>Père</p> <p>Frère</p> <p>Soeur</p> <p>Autres membres de la famille</p> <p>Amis</p> <p>Médecins</p> <p>Livres/magazines</p> <p>Films</p> <p>Autres (Préciser.....)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p align="center">(1) Source principale</p> <p align="center">01</p> <p align="center">02</p> <p align="center">03</p> <p align="center">04</p> <p align="center">05</p> <p align="center">06</p> <p align="center">07</p> <p align="center">08</p> <p align="center">09</p> <p align="center">10</p> <p align="center">11</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	<p align="center">(2) Deuxième source</p> <p align="center">01</p> <p align="center">02</p> <p align="center">03</p> <p align="center">04</p> <p align="center">05</p> <p align="center">06</p> <p align="center">07</p> <p align="center">08</p> <p align="center">09</p> <p align="center">10</p> <p align="center">11</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	<p align="center">(3) Source préférée</p> <p align="center">01</p> <p align="center">02</p> <p align="center">03</p> <p align="center">04</p> <p align="center">05</p> <p align="center">06</p> <p align="center">07</p> <p align="center">08</p> <p align="center">09</p> <p align="center">10</p> <p align="center">11</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>

		(1) Source principale	(2) Deuxième source	(3) Source préférée	
2.5 Je vais maintenant vous poser une question similaire concernant vos sources d'information sur les <b>relations</b> - c'est-à-dire comment les garçons doivent traiter les filles et vice-versa. Quelle a été votre principale source d'information sur ce sujet ? Et votre deuxième source ? <b>ENTOURER LES REPONSES DANS LES COLONNES 1 ET 2</b>	Enseignant	01	01	01	
	Mère	02	02	02	
	Père	03	03	03	
	Frère	04	04	04	
	Soeur	05	05	05	
	Autres membres de la famille	06	06	06	
	Amis	07	07	07	
	Médecins	08	08	08	
	Livres/magazines	09	09	09	
	2.6 Auprès de qui ou dans quoi préféreriez-vous obtenir plus d'informations sur ce sujet ?  ENTOURER UNE REPONSE DANS LA COLONNE 3	Films	10	10	10
		Autres (Préciser.....)	11	11	11
.....		.....	.....	.....	
2.7 Certaines écoles donnent des cours sur la puberté, sur les organes sexuels, sur les appareils reproducteurs et sur les relations entre garçons et filles. Avez-vous déjà assisté à des cours sur l'un de ces sujets à l'école ?	Oui		1		
	Non		2		
	Ne sais pas		3		
	Jamais allé(e) à l'école		4	→ 2.9	
2.8 Pensez-vous qu'il devrait y avoir plus ou moins de cours sur ces sujets.	Plus		1		
	Moins		2		
	Nombre adéquat		3		
2.9 Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la sexualité et la procréation. Je vais vous lire des affirmations. Dites-moi si elles vous semblent vraies ou fausses ou si vous n'avez pas d'avis.  Une femme peut être enceinte dès le premier rapport sexuel	Vrai	Faux	Ne sais pas/sans opinion		
	1	2	3		
2.10 Une femme arrête de grandir après le premier rapport sexuel	1	2	3		
2.11 La masturbation nuit gravement à la santé	1	2	3		
2.12 Une femme a plus de chances de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels deux semaines avant ou après les règles	1	2	3		

**SECTION 3 RELATION HETEROSEXUELLE ACTUELLE/DERNIERE RELATION  
HETEROSEXUELLE**

3.1 Avez-vous déjà eu un copain/une copine ? C'est-à-dire, avez-vous déjà connu quelqu'un qui vous attire sexuellement ou affectivement et avec qui vous êtes « sorti(e) » ? (utiliser la terminologie locale pour signifier le fait de « sortir » en l'absence d'adultes)	Oui 1 Non 2	→ Section 4
3.2 Combien de copains/copines avez-vous eu(e)s ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>	
<i>Au sujet du copain/de la copine actuel(le) ou du dernier copain/de la dernière copine, poser la séquence de questions suivante :</i>		
3.3 Quel est son prénom ?	Prénom : _____	
3.4 Quel âge a PRENOM ? Demander l'âge actuel	Age <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.5 Quand votre relation avec PRENOM a débuté, était-il (-elle) célibataire, marié(e), divorcé(e) ou séparé(e) ?	Célibataire 1 Marié(e) 2 Divorcé(e) 3 Séparé(e) 4	
3.6 Quand votre relation avec PRENOM a débuté, était-il (-elle) étudiant(e) à temps complet, travaillait-il (-elle) ou ni l'un, ni l'autre ?	Etudiant(e) à temps complet 1 Travail 2 Ni l'un, ni l'autre 3	
3.7 Combien de mois ou combien d'années cela fait-il que vous êtes sorti(e) pour la première fois avec PRENOM ?	Mois <input type="text"/> <input type="text"/> ou années <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.8 La relation est-elle terminée ?	Oui 1 Non 2	→ 3.11
3.9 Combien de jours/de semaines/de mois a-t-elle duré ? C'est-à-dire de la première à la dernière fois que vous êtes sortis ensemble ?	Jours <input type="text"/> <input type="text"/> ou Semaines <input type="text"/> <input type="text"/> ou Mois <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.10 Qui a décidé de mettre fin à la relation ? Vous, PRENOM ou vous deux ?	Moi 1 PRENOM 2 Nous deux 3 Autre 4	
3.11 Pendant que vous sortiez (depuis que vous sortez) avec PRENOM, sortez-vous (êtes-vous sorti(e)) aussi avec quelqu'un d'autre ?	Oui 1 Non 2	
3.12 Comment décririez-vous votre relation avec PRENOM ? a) C'était (c'est) une amitié passagère	a) Passagère 1	

? ; b) une relation sérieuse, sans intention de mariage ; ou c) une relation importante susceptible de déboucher sur un mariage ?	b) Sérieuse c) Importante/mariage éventuel d) Fiancés en vue d'un mariage	2 3 4	3.14
3.13 Et comment pensez-vous que PRENOM décrirait sa relation avec vous ? a) comme une amitié passagère ; b) une relation sérieuse sans intention de mariage ; c) une relation importante susceptible de déboucher sur un mariage ?	a) Passagère b) Sérieuse c) Importante/mariage éventuel	1 2 3	
3.14 Est-ce que PRENOM et vous avez des contacts physiques ? Par exemple, est-ce que vous vous tenez les mains, est-ce que vous vous prenez dans les bras ou est-ce que vous vous embrassez ?	Oui Non	1 2	
3.15 Avez-vous déjà embrassé PRENOM sur la bouche ?	Oui Non	1 2	
3.16 Avez-vous déjà touché le vagin/le pénis de PRENOM avec les mains ?	Oui Non	1 2	→ 3.18
3.17 Avez-vous déjà caressé le vagin/le pénis de PRENOM pour qu'il/elle ait un orgasme ?	Oui Non	1 2	
3.18 PRENOM a-t-il (-elle) déjà touché votre vagin/votre pénis avec ses mains ?	Oui Non	1 2	→ 3.40
3.19 PRENOM a-t-il (-elle) déjà touché votre vagin/votre pénis pour que vous ayez un orgasme ?	Oui Non	1 2	
3.20 HOMMES : Avez-vous déjà mis votre pénis dans le vagin de PRENOM ?  FEMMES : PRENOM a-t-il déjà mis son pénis dans votre vagin ?	Oui Non	1 2	→ 3.40
3.21 HOMMES : Avez-vous déjà eu un orgasme en mettant votre pénis dans le vagin de PRENOM ?  FEMMES : PRENOM a-t-il déjà eu un orgasme en mettant son pénis dans votre vagin ?	Oui Non	1 2	
<b>LES QUESTIONS 3.22 A 3.39 SONT RESERVEES A CEUX QUI ONT EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC PENETRATION</b>			
3.22 Souvenez-vous de votre premier rapport sexuel avec PRENOM - c'est-à-dire de la première fois où il y a eu pénétration (pénis dans le vagin). Diriez-vous ? LIRE A HAUTE VOIX			
a) J'ai contraint PRENOM à avoir un rapport sexuel contre sa volonté	a) Je l'ai contraint(e)	1	
b) J'ai persuadé PRENOM d'avoir un rapport sexuel	b) Je l'ai persuadé(e)	2	
	c) PRENOM m'a persuadé(e)	3	

c) PRENOM m'a persuadé(e) d'avoir un rapport sexuel	d) PRENOM m'a contraint(e)	4	
d) PRENOM m'a contraint(e) à avoir un rapport sexuel	e) Tous les deux envie	5	
e) Nous en avons tous les deux envie			
3.23 Diriez-vous que ce rapport sexuel était prévu ou inattendu ?	Prévu	1	
	Inattendu	2	

3.24 Etait-ce la première fois que vous aviez un rapport sexuel complet ?	Oui	1	
	Non	2	→ 3.26
3.25 Quel âge aviez-vous lors de votre premier rapport sexuel avec PRENOM ?	AGE	<input type="text"/> <input type="text"/>	
3.26 Avez-vous regretté d'avoir eu un rapport sexuel avec PRENOM cette première fois ?	Oui, je l'ai regretté	1	
	Non, je ne l'ai pas regretté	2	
3.27 Lors de ce premier rapport sexuel, est-ce que PRENOM ou vous avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ?	Oui	1	
	Non	2	→ 3.29
3.28 Quelle méthode avez-vous utilisé ?	Préservatif	1	
	Pilule	2	
	Contraceptifs injectables	3	
	Technique du retrait	4	
	Période d'infécondité	5	
	Autre.....	6	
3.29 Avez-vous déjà parlé de contraception avec PRENOM ? Si OUI, en avez-vous parlé avant ou après le premier rapport sexuel ?	Avant le premier rapport sexuel	1	
	Après le premier rapport sexuel	2	
	Jamais	3	
3.30 Combien de fois avez-vous eu un rapport sexuel complet avec PRENOM ? ( <i>estimation</i> )	Nombre	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Une fois seulement	1	→ 3.35
3.31 A part la première fois, PRENOM et vous avez-vous déjà utilisé une méthode pour éviter la grossesse ?	Toujours	1	
	Parfois	2	
	Jamais	3	→ 3.34
3.32 Quelle méthode PRENOM et vous avez-vous principalement utilisé ?  (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)	Préservatif	1	
	Pilule	2	
	Contraceptifs injectables	3	
	Technique du retrait	4	→ 3.34
	Période d'infécondité	5	
	Autre.....	6	
3.33 Qui vous a fourni cette méthode, à vous ou à PRENOM ? (ENTOURER UNE SEULE	Magasin	1	

3.34 VOIR la question 3.31 Qui a décidé d'utiliser une méthode de contraception (toujours/quelquefois/jamais) ? Vous-même, PRENOM ou vous deux ?	Moi PRENOM Nous deux	1 2 3	
3.35 HOMMES : Avez-vous déjà mis PRENOM enceinte ?  FEMMES : PRENOM vous a-t-il déjà mise enceinte ?	Oui Non	1 2	3.37
3.36 Comment la grossesse s'est-elle terminée ?	Grossesse en cours Avortement Fausse couche Naissance vivante Ne sais pas	1 2 3 4 5	
3.37 Avez-vous déjà eu peur d'attrapper le SIDA ou une autre maladie sexuellement transmissible en ayant des rapports sexuels avec PRENOM ?	Très peur Assez peur Pas du tout	1 2 3	SECTION 4
3.38 Avez-vous pu faire quelque chose pour réduire le risque d'infection ?	Oui Non	1 2	SECTION 4
3.39 Qu'avez-vous fait ? <i>Approfondir</i>	J'ai utilisé un préservatif J'ai pris des médicaments Autre (.....)	1 2 3	SECTION 4
3.40 REVOIR LES QUESTIONS 3.14 A 3.19 ET DETERMINER LE DEGRE D'INTIMITE PHYSIQUE. NE POSER LA QUESTION SUIVANTE QUE SI ELLE EST PERTINENTE. Vous n'avez pas eu de contact physique avec PRENOM. Réfléchissez et dites-moi laquelle de ces affirmations correspond à votre cas. LIRE A HAUTE VOIX	a) Je voulais b) PRENOM voulait c) Aucun des deux ne voulait	1 2 3	
a) Je voulais un (plus de) contact physique mais PRENOM a refusé			
b) PRENOM voulait un (plus de) contact physique mais j'ai refusé			
c) Aucun de nous ne voulait davantage de contact physique			

**SECTION 4 TYPES DE CONTACT HETEROSEXUEL**

<p>[POUR L'ENQUETEUR] : VOIR LES QUESTIONS 3.1-3.3 A LA PAGE 15</p> <p>SI LA REPONSE A LA QUESTION 3.1 EST « NON » : Vous m'avez dit que vous n'avez jamais eu de copain/copine. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les contacts sexuels que vous pouvez avoir eus.</p> <p>SI LA REPONSE A LA QUESTION 3.1 EST « OUI » : Vous m'avez parlé de votre relation avec PRENOM. Je voudrais maintenant savoir quels autres types de partenaires sexuels vous avez eus en dehors de votre copain/copine actuel(le) ou d'un copain/d'une copine précédent(e).</p>		
4.1 Certains jeunes sont contraints par un étranger, un membre de leur famille ou une personne plus âgée à avoir des rapports sexuels. Cela vous est-il déjà arrivé ?	Oui Non	1 2 → 4.3
4.2 Combien d'inconnus, de membres de votre famille ou de gens plus âgés vous ont-ils contraint(e) à avoir des rapports sexuels ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.3 Est-ce que, dans ces cas, vous ou le partenaire sexuel avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ?	Toujours Parfois Jamais	1 2 3
4.4 Vous est-il déjà arrivé qu'un inconnu, un membre de votre famille ou une personne plus âgée vous touche les seins ou une autre partie du corps sans que le vouliez, comme cela arrive parfois à d'autres jeunes gens ?	Oui Non	1 2 → 4.6
4.5 Diriez-vous que c'est arrivé souvent, parfois ou rarement ?	Souvent Parfois Rarement	1 2 3
4.6 Certains jeunes gens ont des « aventures sans lendemain » ( <i>utiliser la terminologie locale</i> ), après une fête ou après avoir bu, par exemple. Cela vous est-il déjà arrivé ?	Oui Non	1 2 → 4.8
4.7 Combien d'« aventures sans lendemain » avez-vous eues ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.8 Est-ce que, dans ces circonstances, vous ou votre partenaire sexuel avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ? Si OUI, toujours ou parfois ?	Toujours Parfois Jamais	1 2 3
4.9a Certains jeunes donnent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ?	Oui Non	1 2 → 4.11
4.9b Certains jeunes reçoivent de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel. Cela vous est-il déjà arrivé ?	Oui Non	1 2 → 4.11

REVOIR LES QUESTIONS 3.20 ET 4.1, 4.5, ET 4.8 ET COCHER LA CASE QUI CONVIENT		
4.12 La personne interrogée n'a <input type="checkbox"/> <b>pas déclaré</b> avoir eu de rapports sexuels	La personne interrogée a déclaré avoir eu des <input type="checkbox"/> rapports sexuels	→ 4.14
4.13 Je veux être sûr(e) d'avoir des informations correctes. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?	Oui 1 Non 2	→ 4.21
4.14 Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels jusqu'à aujourd'hui ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.15 A combien de temps remonte votre dernier rapport sexuel avec un homme/une femme ?  SI MOINS D'UNE SEMAINE, INDIQUER 00 SEMAINES	Semaines <input type="text"/> <input type="text"/> ou Mois <input type="text"/> <input type="text"/>	
4.16 A cette occasion, vous ou votre partenaire avez- vous fait quelque chose pour éviter une grossesse ?	Oui 1 Non 2	→ 4.18
4.17 Quelle méthode avez-vous utilisé ?	Préservatif 1 Pilule 2 Contraceptif injectable 3 Technique du retrait 4 Période d'infécondité 5 Autre ..... 6	
4.18 HOMMES : Combien de fois avez-vous mis une fille ou une femme enceinte ?  FEMMES : Avez-vous déjà été enceinte ? Si OUI, combien de fois	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> Jamais 0 Ne sais pas 9	→ 4.19
4.19 Votre dernière grossesse était-elle souhaitée ?	Oui 1 Non 2	
4.20 Comment la (dernière) grossesse s'est-elle terminée ?	Grossesse en cours 1 Avortement 2 Fausse couche 3 Naissance vivante 4 Ne sais pas 5	→ Section 5

**CETTE PAGE EST RESERVEE A CEUX QUI N'ONT JAMAIS EU DE RAPPORTS  
SEXUELS**

Les gens peuvent évoquer plusieurs raisons pour ne pas avoir de rapports sexuels. Je vais vous lire certaines affirmations. Dites-moi si elles correspondent à votre cas (oui, non, ne sais pas)	Oui	Non	Ne sais pas	
4.21 Je ne me sens pas prêt(e) à avoir des rapports sexuels	1	2	3	
4.22 Je n'ai pas eu l'occasion d'avoir des rapports sexuels	1	2	3	
4.23 Je pense qu'il ne faut pas avoir de rapports sexuels avant le mariage	1	2	3	
4.24 J'ai peur de tomber enceinte	1	2	3	
4.25 J'ai peur d'attraper le VIH/SIDA ou une autre infection sexuellement transmissible	1	2	3	
4.26 Je voudrais maintenant savoir comment vous envisagez les rapports sexuels à l'avenir. Laquelle de ces affirmations décrit le mieux vos projets ? LIRE A HAUTE VOIX				
a) Je prévois d'attendre jusqu'au mariage	(a) Mariage		1	
b) Je prévois d'attendre d'être fiancé(e)	(b) Fiançailles		2	
c) Je prévois d'attendre de trouver quelqu'un que j'aime	(c) Amour		3	
d) Je prévois d'avoir un rapport sexuel quand l'occasion se présentera	(d) Occasion		4	
4.27 Est-ce qu'on vous pousse à avoir des rapports sexuels ?	Beaucoup		1	
	Un peu		2	
	Pas du tout		3	→ Section 6
4.28 Qui vous pousse ? APPROFONDIR ET ENTOURER LES REPONSES QUI CONVIENNENT	Ami(e)s		1	
	Membres de la famille		2	
	Collègues de travail		3	
	Partenaire/ami(e) intime		4	
	Autre .....		5	
	.....			

**SECTION 5 LA PREMIERE RELATION SEXUELLE**

<p>5.1 VOIR 3.24 TOUS LES AUTRES PARTENAIRES <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p>	<p>COPAIN/COPINE ACTUEL(LE) DERNIER(E) COPAIN/DERNIERE COPINE <input type="checkbox"/></p> <p align="right">→ SECTION 6</p>
<p>5.2 Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre premier rapport sexuel. Quel âge aviez-vous à ce moment-là ?</p>	<p>AGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>5.3 Quel était le prénom de votre partenaire ?</p>	<p>Prénom : _____</p> <p>Ne sais pas..... 9</p>
<p><i>Dans les questions suivantes, utiliser l'expression « cette personne » au lieu du PRENOM, si celui-ci est inconnu</i></p> <p>5.4 Comment décririez-vous votre relation avec PRENOM (cette personne) ? APPROFONDIR</p>	<p>Copain/copine 1</p> <p>Inconnu/membre de la famille/autre personne qui m'a contraint(e) 2 → 5.16</p> <p>Aventure sans lendemain 3</p> <p>Prostitué(e) 4 → 5.15</p>
<p>5.5 Quel âge a PRENOM ? Demander l'âge actuel</p>	<p>Age <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>5.6 Au début de votre relation, PRENOM était-il (-elle) célibataire, marié(e), divorcé(e) ou séparé(e) ?</p>	<p>Célibataire 1</p> <p>Marié(e) 2</p> <p>Divorcé(e) 3</p> <p>Séparé(e) 4</p>
<p>5.7 Au début de votre relation avec PRENOM, était-il (-elle) étudiant(e) à temps plein, travaillait-il (-elle) ou ni l'un ni l'autre ?</p>	<p>Etudiant(e) à temps plein 1</p> <p>Travail 2</p> <p>Ni l'un ni l'autre 3</p>
<p>5.8 Combien de mois ou d'années cela fait-il que vous êtes sorti(e) pour la première fois avec PRENOM ?</p> <p>Combien de mois ou d'années se sont écoulées entre le début de votre relation et la première fois que vous avez eu un rapport sexuel avec PRENOM ?</p>	<p>Mois <input type="text"/> <input type="text"/> ou années <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Mois <input type="text"/> <input type="text"/> ou années <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>5.9 La relation est-elle terminée ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2 → 5.12</p>
<p>5.10 Combien de jours/semaines/mois la relation a-t-elle duré, de la première à la dernière fois que vous êtes sortis ensemble ?</p>	<p>Jours <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ou</p> <p>Semaines <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ou</p>

5.11 Qui a mis fin à la relation ? Vous, PRENOM ou vous deux ?	Moi PRENOM Nous deux Autre	1 2 3 4	
5.12 Pendant que vous sortiez avec PRENOM, sortiez-vous aussi avec quelqu'un d'autre ?	Oui Non	1 2	
5.13 Comment décririez-vous votre relation avec PRENOM à ce moment-là ? S'agissait-il (s'agit-il) a) d'une amitié passagère ; b) d'une relation sérieuse sans intention de mariage ; ou c) d'une relation importante susceptible de déboucher sur un mariage ?	a) Passagère b) Sérieuse c) Importante/mariage éventuel d) Fiancé(e) en vue d'un mariage	1 2 3 4	→ 5.26
5.14 Et comment pensez-vous que PRENOM décrirait sa relation avec vous ? a) comme une amitié passagère ; b) comme une relation sérieuse sans intention de mariage ; c) comme une relation importante susceptible de déboucher sur un mariage ?	a) Passagère b) Sérieuse c) Importante/mariage éventuel	1 2 3	
5.15 Souvenez-vous de votre premier rapport sexuel avec PRENOM - c'est-à-dire de la première fois où il y a eu pénétration (pénis dans le vagin). Diriez-vous ? :			
a) J'ai contraint PRENOM à avoir un rapport sexuel b) J'ai persuadé PRENOM d'avoir un rapport sexuel c) PRENOM m'a persuadé(e) d'avoir un rapport sexuel d) PRENOM m'a contraint(e) à avoir un rapport sexuel e) Nous en avons tous les deux envie	a) Je l'ai contraint(e) b) Je l'ai persuadé(e) c) PRENOM m'a persuadé(e) d) PRENOM m'a contraint(e) e) Tous les deux envie	1 2 3 4 5	
5.16 Et diriez-vous que ce rapport sexuel était prévu ou inattendu ?	Prévu Inattendu	1 2	
5.17 Avez-vous regretté d'avoir eu un rapport sexuel avec PRENOM cette première fois ?	Oui Non Si oui, POURQUOI ..... .....	1 2	
5.18 Cette première fois, est-ce que vous ou PRENOM avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ?	Oui Non	1 2	→ 5.20
5.19 Quelle méthode avez-vous utilisé ?	Préservatif Pilule	1 2	

5.20 Avez-vous déjà parlé de contraception avec PRENOM ? Si OUI, en avez-vous parlé avant ou après le premier rapport sexuel ?	Avant le premier rapport sexuel Après le premier rapport sexuel Jamais	1 2 3	
5.21 Combien de fois avez-vous eu un rapport sexuel complet avec PRENOM ? ( <i>estimation</i> )	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> Une fois seulement	1	→ 5.26
5.22 A part la première fois, PRENOM et vous avez-vous déjà utilisé une méthode pour éviter la grossesse ? Si OUI, toujours ou parfois ?	Toujours Parfois Jamais	1 2 3	→ 5.25
5.23 Quelle méthode PRENOM et vous avez-vous principalement utilisé ?	Préservatif Pilule Contraceptifs injectables Technique du retrait Période d'infécondité Autre.....	1 2 3 4 5 6	
5.24 Qui vous a fourni cette méthode, à vous ou à PRENOM ? (ENTOURER UNE SEULE REPONSE)	Magasin Pharmacie Dispensaire/hôpital Médecin/infirmière libéral(e)/établissement privé Ami(e) Autre..... (Préciser)	1 2 3 4 5 6	
5.25 VOIR QUESTION 5.22 Qui a décidé d'utiliser une méthode contraceptive (toujours/parfois/jamais) ? Vous, PRENOM ou vous deux ?	Moi PRENOM Nous deux	1 2 3	
5.26 HOMMES : Avez-vous déjà mis PRENOM enceinte ?  FEMMES : PRENOM vous a-t-il déjà mise enceinte ?	Oui Non	1 2	→ 5.28
5.27 Comment la grossesse s'est-elle terminée ?	Grossesse en cours Avortement Fausse couche Naissance vivante	1 2 3 4	
5.28 Avez-vous déjà eu peur d'attraper le SIDA ou une autre maladie sexuellement transmissible en ayant des rapports sexuels avec PRENOM ? Si OUI, beaucoup ou un peu ?	Très peur Assez peur Pas du tout	1 2 3	→ SECTION 6

**SECTION 6 LES EXPERIENCES HOMOSEXUELLES**

6.1 Certains jeunes sont attirés sexuellement par des personnes du même sexe. Cela vous est-il déjà arrivé ?	Oui Non	1 2	
6.2 Avez-vous déjà eu des contacts sexuels avec une personne du même sexe ? Par exemple, avez-vous déjà touché ou pris dans vos bras une personne du même sexe ?	Oui Non	1 2	→ 6.10
6.3 Une personne du même sexe a-t-elle déjà caressé votre pénis/vagin pour que vous ayez un orgasme ?	Oui Non	1 2	
6.4 Avez-vous déjà caressé une personne du même sexe de cette manière	Oui Non	1 2	
6.5 LA PERSONNE INTERROGEE EST UN HOMME <input type="checkbox"/>	LA PERSONNE INTERROGEE EST UNE FEMME <input type="checkbox"/>		→ 6.10
6.6 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels passifs avec un garçon ou un homme ? C'est-à-dire, est-ce qu'un garçon ou un homme vous a déjà pénétré avec son pénis ?	Oui Non	1 2	→ 6.8
6.7 Avec combien d'hommes ou de garçons avez-vous eu des rapports sexuels passifs ?  Diriez-vous qu'à ces occasions-là, que votre (vos) partenaire(s) n'a (n'ont) jamais, a (ont) parfois ou a (ont) toujours utilisé un préservatif ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>  Jamais Parfois Toujours	  1 2 3	
6.8 Avez-vous déjà eu des rapports sexuels actifs avec un garçon ou un homme ? C'est-à-dire, avez-vous déjà pénétré un garçon ou un homme avec votre pénis ?	Oui Non	1 2	→ 6.10
6.9 Avec combien d'hommes ou de garçons avez-vous eu des rapports sexuels actifs ?  A ces occasions-là, avez-vous utilisé un préservatif ? Jamais, parfois, toujours ?	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/>  Jamais Parfois Toujours	  1 2 3	
6.10 Diriez-vous que vous êtes surtout attiré(e) par les personnes du sexe opposé, plus attiré(e) par les personnes du même sexe ou attiré(e) par les personnes des deux sexes ?	Sexe opposé Même sexe Les deux sexes	1 2 3	

**SECTION 7 CONNAISSANCE ET UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES**

<p>7.1 Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la contraception - c'est-à-dire les méthodes permettant d'éviter une grossesse. De quelles méthodes avez-vous entendu parler ?</p> <p>POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE, ENTOURER LE CODE 1 DANS LA COLONNE 2.</p> <p>POUR CHAQUE METHODE QUI N'A PAS ETE MENTIONNEE SPONTANEMENT, LIRE SA DESCRIPTION DANS LA COLONNE 1 ET INDIQUER LA REPONSE DANS LA COLONNE 2.</p> <p>POUR CHAQUE METHODE CONNUE, POSER LA QUESTION FIGURANT DANS LA COLONNE 3.</p>		
COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
<p>7.2 <u>Pilule</u></p> <p>Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours</p>	<p><u>Connaissance de la méthode</u></p> <p>Oui (spontané) 1          Oui (suggéré) 2          Non 3</p>	<p><u>Connaissance de la source</u></p> <p>« Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? »</p> <p>Oui 1          Non 2</p>
<p>7.3 <u>Contraceptifs injectables</u></p> <p>Les femmes peuvent recevoir une injection tous les 2 ou 3 mois</p>	<p>Oui (spontané) 1          Oui (suggéré) 2          Non 3</p>	<p>« Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? »</p> <p>Oui 1          Non 2</p>
<p>7.4 <u>Préservatif</u></p> <p>Un homme peut mettre un capuchon en caoutchouc sur son pénis avant d'avoir un rapport sexuel</p>	<p>Oui (spontané) 1          Oui (suggéré) 2          Non 3</p>	<p>« Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? »</p> <p>Oui 1          Non 2</p>
<p>7.5 « <u>Pilule du lendemain</u> »</p> <p>Une femme peut prendre des pilules peu de temps après avoir eu un rapport sexuel</p>	<p>Oui (spontané) 1          Oui (suggéré) 2          Non 3</p>	<p>« Savez-vous où et auprès de qui vous procurer cette méthode de contraception ? »</p> <p>Oui 1          Non 2</p>
<p>7.6 <u>Technique du retrait</u></p> <p>Un homme peut retirer son pénis du vagin de la femme avant l'éjaculation</p>	<p>Oui (spontané) 1          Oui (suggéré) 2          Non 3</p>	
<p>7.7 <u>Abstinence périodique</u></p> <p>Un couple peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours où la</p>	<p>Oui (spontané) 1</p>	

probabilité d'une grossesse est maximale.	Oui (suggéré) 2 Non 3	
7.8 Il existe d'autres moyens de contraception que je n'ai pas évoqués. De quelles autres moyens avez-vous entendu parler ? ENTOURER CHAQUE MOYEN MENTIONNE.	Stérilet 1 Implant 2 Gel/mousse spermicide 3 Stérilisation 4 Vasectomie 5 Autre (PRECISER)..... 6	
7.9 A votre avis, quelle est la meilleure méthode pour les jeunes ?  ENTOURER UNE REPONSE	Pilule 1 Contraceptifs injectables 2 Préservatifs 3 « Pilule du lendemain » 4 Technique du retrait 5 Abstinence périodique 6 Autre ..... 7 Ne sais pas 8	
7.10 VOIR QUESTION 4.12 et 4.13 A LA PAGE 23 La personne interrogée a déjà eu des rapports sexuels <input type="checkbox"/>	La personne interrogée n'a jamais eu de rapports sexuels <input type="checkbox"/>	SECTION 8
7.11 Lequel de ces moyens de contraception avez-vous déjà utilisé, vous ou votre partenaire ?  INSISTER Avez vous utilisé d'autres moyens ?  ENTOURER TOUTES LES REPONSES DONNEES	Pilule 1 Contraceptifs injectables 2 Préservatif 3 « Pilule du lendemain » 4 Technique du retrait 5 Abstinence périodique 6 Autre ..... 7	

**SECTION 8**  
**CONNAISSANCE DU VIH/SIDA ET DES AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT**  
**TRANSMISSIBLES**

8.1 Avez-vous entendu parler du VIH ou du SIDA (utiliser la terminologie locale)?	Oui 1 Non 2	→ 8.5
Je vais maintenant vous lire certaines affirmations à propos du VIH/SIDA. Dites-moi si elles vous semblent vraies ou fausses, ou si vous n'avez pas d'avis.	Vrai Faux Ne sais pas	
8.2 Il est possible de guérir du SIDA	1 2 3	
8.3 Une personne infectée par le VIH a toujours l'air très maigre et malade	1 2 3	
8.4 Les gens peuvent passer un test simple pour savoir s'ils sont infectés par le VIH	1 2 3	
8.5 A part le VIH/SIDA, les hommes et les femmes peuvent attrapper d'autres maladies en ayant des rapports sexuels. Avez-vous entendu parler de ces maladies ?	Oui 1 Non 2	→ SECTION 9
8.6 Quels sont les signes et les symptômes d'une maladie sexuellement transmissible chez l'homme ? APPROFONDIR  ENTOURER CHAQUE REPONSE MENTIONNEE	Ecoulement urétral 1 Miction douloureuse 2 Ulcérations génitales 3 Autre..... .....  Je ne connais aucun signe 8	
8.7 Et quels sont les signes et symptômes d'infection chez la femme ?	Pertes vaginales 1 Miction douloureuse 2 Ulcérations génitales 3 Autre..... .....  Je ne connais aucun signe 8	
8.8 Si l'un(e) de vos ami(e)s a besoin d'un traitement pour une maladie sexuellement transmissible, à qui peut-il (-elle) s'adresser ? INSISTER Connaissez-vous d'autres sources ?  ENTOURER CHAQUE REPONSE MENTIONNEE	Magasin 1 Pharmacie 2 Dispensaire/hôpital public 3 Médecin/infirmière libéral(e)/établissement privé 4 Autre (PRECISER) ..... 5	

<p>8.9 VOIR LES QUESTIONS 4.12 et 4.13 A LA PAGE 23</p> <p>La personne interrogée a déjà eu des rapports sexuels <input type="checkbox"/></p>	<p>La personne interrogée n'a jamais eu de rapports sexuels <input type="checkbox"/></p>	<p>SECTION 9</p>
<p>8.10 Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible ?</p>	<p>Une fois 1</p> <p>Plusieurs fois 2</p> <p>Jamais 3</p>	<p>SECTION 9</p>
<p>8.11 (La dernière fois) vous êtes-vous fait traiter ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>8.13</p>
<p>8.12 Où avez-vous obtenu votre traitement ?</p>	<p>Magasin 1</p> <p>Pharmacie 2</p> <p>Hôpital/dispensaire public 3</p> <p>Médecin/infirmière libéral(e)/établissement privé 4</p> <p>Autre ..... 5</p>	
<p>8.13 Votre partenaire sexuel (n'importe lequel de vos partenaires) a-t-il aussi été traité ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>Ne sais pas 3</p>	

**SECTION 9**  
**PRESERVATIF : CONNAISSANCES ET ATTITUDES**

<p>9.1 VOIR LA QUESTION 7.4 A LA PAGE 35</p> <p>CONNAIT LE PRESERVATIF <input type="checkbox"/></p>	<p>NE CONNAIT PAS <input type="checkbox"/></p> <p>LE PRESERVATIF</p>	<p>SECTION 10</p>
<p>9.2 VOIR LES QUESTIONS 4.12 ET 4.13 A LA PAGE 23</p> <p>La personne interrogée a déjà eu des rapports sexuels <input type="checkbox"/></p>	<p>La personne interrogée n'a jamais eu de rapport sexuel <input type="checkbox"/></p>	<p>9.5</p>
<p>9.3 Est-ce que vous ou votre partenaire avez déjà utilisé un préservatif ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>9.6</p>
<p>9.4 Le préservatif s'est-il déjà rompu au cours d'un rapport sexuel ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>9.6</p>
<p>9.5 Avez-vous déjà vu un préservatif ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>Les gens ne pensent pas tous la même chose au sujet du préservatif. Je vais vous lire certaines affirmations. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas d'accord, ou si vous n'avez pas d'avis.</p>	<p>D'accord      Ne sais pas/indécis(e)      Pas d'accord</p>	
<p>9.6 Le préservatif est un moyen efficace d'éviter la grossesse</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.7 Le préservatif est réutilisable</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.8 Une fille peut suggérer à son copain de porter un préservatif</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.9 Un garçon peut proposer à sa copine de porter un préservatif</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.10 Le préservatif protège efficacement du VIH/SIDA</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.11 Le préservatif est utile pour des relations occasionnelles</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.12 Le préservatif est utile pour des relation stables, où les deux partenaires s'aiment</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.13 Je serais très gêné(e) d'acheter ou de me procurer des préservatifs</p>	<p>1                  2                  3</p>	
<p>9.14 Si une fille suggérait à son partenaire de porter un préservatif, ça voudrait dire qu'elle ne lui fait pas</p>	<p>1                  2                  3</p>	

confiance				
9.15 Le préservatif diminue le plaisir sexuel	1	2	3	
9.16 Le préservatif peut glisser du pénis et disparaître dans le corps de la femme	1	2	3	
9.17 Si un couple veut avoir des rapports sexuels avant le mariage, il doit utiliser un préservatif	1	2	3	
9.18 Le préservatif protège efficacement des maladies sexuellement transmissibles	1	2	3	

**SECTION 10**  
**PERCEPTIONS DES HOMMES ET DES FEMMES CONCERNANT LA SEXUALITE**

Les jeunes n'ont pas tous les mêmes opinions sur les relations entre hommes et femmes. Je vais vous lire certaines affirmations. Pour chacune d'entre elles, dites-moi si vous êtes d'accord ou pas.		
10.1 Je pense que c'est bien que les garçons et les filles qui ne sont pas mariés sortent ensemble. (UTILISER LA TERMINOLOGIE LOCALE)	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.2 Je pense que c'est bien que les garçons et les filles s'embrassent, se prennent dans les bras et se touchent.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.3 Je pense qu'il n'y a pas de mal à ce que les garçons et les filles qui ne sont pas mariés aient des rapports sexuels, s'ils s'aiment.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.4 Je pense qu'un garçon doit parfois contraindre une fille à avoir des rapports sexuels, s'il l'aime.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.5 Un garçon ne respectera pas une fille qui accepte d'avoir des rapports sexuels.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.6 La plupart des filles qui ont des rapports sexuels avant le mariage le regrettent ensuite.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.7 La plupart des garçons qui ont des rapports sexuels avant le mariage le regrettent ensuite.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.8 Un garçon et une fille doivent avoir des rapports sexuels avant de se fiancer (UTILISER LA TERMINOLOGIE LOCALE) pour voir s'ils sont faits l'un pour l'autre.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.9 Je pense que les filles doivent rester vierges jusqu'au mariage.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3
10.10 Je pense que les garçons doivent rester vierges jusqu'au mariage.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3

10.11 On peut parfois justifier qu'un garçon frappe sa petite amie.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.12 La plupart de mes ami(e)s pensent que c'est bien d'avoir des aventures sans lendemain.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.13 Les garçons et les filles peuvent avoir des rapports sexuels à condition d'utiliser des moyens pour empêcher la grossesse.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.14 La plupart de mes ami(e)s qui ont des rapports sexuels utilisent régulièrement le préservatif.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.15 Je suis sûr(e) de pouvoir exiger le préservatif chaque fois que j'ai des rapports sexuels.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.16 Je n'envisagerais <u>jamais</u> de me faire avorter ou que ma partenaire se fasse avorter.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.17 C'est la femme qui doit d'abord veiller à utiliser régulièrement un moyen de contraception.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.18 Je pense qu'on doit être amoureux avant d'avoir des rapports sexuels.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.19 Je pense savoir utiliser correctement le préservatif.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.20 La plupart de mes ami(e)s n'envisageraient <u>jamais</u> de se faire avorter ou que leur partenaire se fasse avorter.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.21 Les hommes ont besoin d'avoir des rapports sexuels plus souvent que les femmes.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	
10.22 La plupart de mes ami(e)s pensent qu'on doit être amoureux avant d'avoir des rapports sexuels.	D'accord Ne sais pas/indécis(e) Pas d'accord	1 2 3	

**SECTION 11**  
**SERVICES DE SANTE : UTILISATION ET POINTS DE VUE**

11.1	Etes-vous déjà allé(e) dans un établissement de santé ou avez-vous déjà consulté un médecin pour bénéficier de services ou recevoir des informations concernant la contraception, la grossesse, l'avortement ou des maladies sexuellement transmissibles ?	Oui Non	1 2	→ FIN
11.2	Combien de fois avez-vous demandé ces services ou des informations sur ces services à un médecin ou à une infirmière au cours des douze derniers mois ?	Nombre de fois Je n'ai pas demandé de soins au cours des 12 derniers mois	<input type="text"/> <input type="text"/> 0	→ FIN
11.3	Lors de la dernière consultation, êtes-vous allé(e) dans un centre de santé ou un hôpital public, dans un établissement privé ou chez un médecin libéral ?	Public Privé/libéral Autre.....	1 2 3	
11.4	La dernière fois que vous avez vu un médecin ou une infirmière, quel était le motif de votre consultation ?	Contraception MST Examen gynécologique Test de grossesse Avortement Santé de la mère et de l'enfant Autre.....	1 2 3 4 5 6 7	
11.5	Dans cet établissement :  Avez-vous vu des affiches sur la contraception ?	OUI  NON	  1 2	
11.6	Vous a-t-on donné des brochures sur la contraception ?		1 2	
11.7	Avez-vous assisté à une séance d'information sur la contraception ?		1 2	
11.8	Avez-vous demandé une contraception pendant la consultation ?		1 2	
11.9	Est-ce que le médecin ou l'infirmière vous a parlé : (a) de la contraception ? (b) des maladies sexuellement transmissibles ? (c) de la grossesse ?	OUI  NON	  1 2 1 2 1 2	
11.10	Vous sentiez-vous suffisamment à l'aise pour poser des questions ?		1 2	→ 11.12
11.11	A-t-on bien répondu aux questions que vous avez posées pendant la consultation ?		1 2	

## Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque (Rock et al., 2005)

1. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?  
Non  
Oui, une ou deux fois  
Oui, trois fois ou plus
2. Avez-vous déjà discuté avec votre (ou vos) partenaire(s) de la protection contre les infections sexuellement transmissibles/ HIV/ SIDA?  
Au moins une fois avec chaque partenaire  
Jamais  
Pas toujours
3. Avez-vous déjà discuté avec votre (ou vos) partenaire(s) de se protéger d'une grossesse ?  
Au moins une fois avec chaque partenaire  
Jamais  
Pas toujours
4. Combien de fois avez-vous été enceinte ou causé une grossesse?  
0 fois (aucune)  
1 fois ou plus
5. Quand vous avez des rapports sexuels, utilisez-vous (et/ou votre partenaire utilise-t-il) un moyen de contraception?  
Toujours  
Jamais  
Rarement  
Quelquefois  
Habituellement
6. Quand vous avez des rapports sexuels, utilisez-vous (ou votre partenaire utilise-t-il) le préservatif?  
Toujours  
Jamais  
Rarement  
Quelquefois  
Habituellement
7. La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous (ou votre partenaire) avez utilisé un préservatif?  
Oui  
Non
8. Dans les 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels masculins avez-vous eus?  
0      1      2      3      4      5      6 ou plus
9. Dans les 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels féminins avez-vous eues?  
0      1      2      3      4      5      6 ou plus

**Questionnaire sur la sexualité à l'adolescence (Courtois et al., 1998).**

	tout à fait faux	plutôt faux	plutôt vrai	tout à fait vrai
Je sors le soir (en soirées) avec des copains J'aime la compagnie des filles/garçons J'aime draguer les filles/garçons				
Je ne peux pas m'empêcher de séduire ou de "tomber" le plus de filles/garçons possible			NON	OUI
Il m'est parfois arrivé d'être amoureux(se) de plusieurs filles/garçons en même temps				
	tout à fait faux	plutôt faux	plutôt vrai	tout à fait vrai
Je pense que pour sortir avec une fille/garçon, il faut être amoureux				
Lorsque je sors avec quelqu'un, je suis fidèle				
Je suis souvent sorti avec des filles/garçons				
On s'est déjà retrouvé seul dans l'intimité une ou plusieurs fois				
Avec ma copine/mon copain, on s'est déjà échangé des affaires (notamment des vêtements)				
Je suis déjà parti en week-end ou en vacances avec ma copine/ mon copain (sans surveillance de nos parents)				
J'ai déjà eu une relation sexuelle avec une fille/un garçon (dans le sens de rapport sexuel ou encore de "coucher" avec elle/lui)			NON	OUI
Je pense que pour faire l'amour, il faut s'aimer				

# Physical Self-Description Questionnaire (Guérin et al., 2004)



7587

Université de Tours, Psychologie clinique et psychopathologie

*Vous devez répondre sur une échelle de :*  
 (1).Faux\_(2).Globalement.faux\_(3).Plus.faux.que.vrai\_(4).Plus.vrai.que.faux\_(5).Globalement.vrai\_Vrai\_(6)

(1).Faux>>>>Vrai.(6)

24. Quand je tombe malade, je me sens si mal que je ne peux même pas sortir du lit.  1  2  3  4  5  6
25. Je me sens à l'aise quand j'exécute des mouvements coordonnés.  1  2  3  4  5  6
26. Plusieurs fois par semaine, je pratique une activité physique ou un sport, suffisamment intensément pour respirer à fond (pour être essouffé(e)).  1  2  3  4  5  6
27. Je suis trop gros(se).  1  2  3  4  5  6
28. Les autres pensent que je suis bon(ne) en sport.  1  2  3  4  5  6
29. Je suis satisfait(e) de ce que je suis physiquement.  1  2  3  4  5  6
30. Je suis attirant(e).  1  2  3  4  5  6
31. J'ai de la force physique.  1  2  3  4  5  6
32. Je peux courber, tordre et faire pivoter mon corps assez facilement.  1  2  3  4  5  6
33. Je peux courir longtemps sans m'arrêter.  1  2  3  4  5  6
34. Dans ma vie, presque tout ce que je fais se passe bien.  1  2  3  4  5  6
35. J'ai l'habitude d'attraper la moindre maladie qui traîne (grippe, virus, rhume).  1  2  3  4  5  6
36. Maîtriser les mouvements de mon corps est facile pour moi.  1  2  3  4  5  6
37. Je fais souvent de l'exercice physique ou des activités physiques qui me font respirer à fond.  1  2  3  4  5  6
38. J'ai trop de graisse autour de la taille.  1  2  3  4  5  6
39. Je suis bon(ne) dans la plupart des sports.  1  2  3  4  5  6
40. Physiquement, je suis content(e) de moi.  1  2  3  4  5  6
41. J'ai un assez beau visage.  1  2  3  4  5  6
42. J'ai un corps très puissant.  1  2  3  4  5  6
43. J'ai un corps souple.  1  2  3  4  5  6
44. Je serais bon(ne) dans un test mesurant l'endurance et les efforts physiques prolongés.  1  2  3  4  5  6
45. Dans ma vie, il y a peu de choses dont je puisse être fier(e).  1  2  3  4  5  6
46. Je tombe si souvent malade que cela m'empêche de faire tout ce que je veux faire.  1  2  3  4  5  6
47. Je suis bon(ne) dans les mouvements coordonnés.  1  2  3  4  5  6
48. 3 ou 4 fois par semaine et pendant au moins 30 minutes, je fais de l'exercice physique ou des activités sportives qui m'essouffent.  1  2  3  4  5  6
49. J'ai trop de graisse.  1  2  3  4  5  6
50. Je suis à l'aise dans la plupart des sports.  1  2  3  4  5  6
51. Je suis satisfait(e) de mon apparence et de mes capacités physiques.  1  2  3  4  5  6
52. Je suis relativement plus beau(belle) que la plupart de mes ami(e)s.  1  2  3  4  5  6
53. J'ai plus de force que la plupart des gens de mon âge qui sont du même sexe que moi.  1  2  3  4  5  6
54. Mon corps est raide et manque de souplesse.  1  2  3  4  5  6
55. Je pourrais faire un footing de 5 km sans m'arrêter.  1  2  3  4  5  6
56. Je trouve que ma vie ne sert pas à grand chose.  1  2  3  4  5  6
57. Je suis très rarement malade ou mal fichu(e).  1  2  3  4  5  6
58. Dans la plupart des activités physiques, j'exécute facilement les mouvements.  1  2  3  4  5  6
59. Je pratique des activités très physiques (comme par exemple : la course, la danse, le cyclisme, l'aérobic, la gym' ou la natation ....) au moins 3 fois par semaine.  1  2  3  4  5  6
60. J'ai des kilos en trop.  1  2  3  4  5  6
61. J'ai de bonnes capacités en sports.  1  2  3  4  5  6
62. Physiquement, je me sens bien.  1  2  3  4  5  6
63. Je suis moche.  1  2  3  4  5  6
64. Je n'ai pas beaucoup de force et je ne suis pas musclé(e).  1  2  3  4  5  6
65. Les différentes parties de mon corps peuvent facilement se plier et bouger pratiquement dans tous les sens.  1  2  3  4  5  6
66. Je pense que je pourrais courir longtemps sans me fatiguer.  1  2  3  4  5  6
67. Dans la vie, je ne suis bon(ne) à rien.  1  2  3  4  5  6
68. Je tombe souvent malade.  1  2  3  4  5  6
69. Je trouve que mon corps réalise facilement les mouvements coordonnés.  1  2  3  4  5  6
70. Je fais beaucoup de sports ou de danse ou de gym' ou d'autres activités physiques.  1  2  3  4  5  6
71. J'ai trop de ventre.  1  2  3  4  5  6
72. Je suis meilleur(e) en sports que la plupart de mes ami(e)s.  1  2  3  4  5  6
73. Je suis bien dans ma peau et contente) de mes capacités physiques.  1  2  3  4  5  6
74. Je suis assez beau(belle).  1  2  3  4  5  6
75. Je serais bon(ne) dans un test de force.  1  2  3  4  5  6
76. Je pense que je suis suffisamment souple pour la plupart des sports.  1  2  3  4  5  6
77. Je peux pratiquer pendant longtemps une activité physique sans être fatigué(e).  1  2  3  4  5  6
78. Dans la vie, la plupart des choses que je fais, je les fais bien.  1  2  3  4  5  6
79. Quand je tombe malade, je mets longtemps à me rétablir.  1  2  3  4  5  6
80. Dans les activités physiques et sportives, mes gestes sont élégants et coordonnés.  1  2  3  4  5  6
81. Je fais du sport ou de l'exercice ou de la danse ou d'autres activités physiques presque tous les jours.  1  2  3  4  5  6
82. Les autres pensent que je suis gros(se).  1  2  3  4  5  6
83. Je suis bon(ne) en sport.  1  2  3  4  5  6
84. Je suis content(e) de ce que je suis physiquement.  1  2  3  4  5  6
85. Personne ne me trouve beau(belle).  1  2  3  4  5  6
86. Je soulève facilement les objets lourds.  1  2  3  4  5  6
87. Je pense que je serais bon(ne) dans un test mesurant la souplesse.  1  2  3  4  5  6



NE RIEN INSCRIRE ICI SVP  
RESERVE AU CODAGE

POURSUIVRE PAGE  
SUIVANTE S.V.P.

PAGE 2/3

## **Echelle de développement pubertaire (Carskadon & Acebo, 1993)**

1) Diriez-vous que votre croissance en taille :

- n'a pas encore commencé à s'accélérer
- a à peine commencé à s'accélérer
- est vraiment en cours en ce moment
- semble être finie
- je ne sais pas

2) Et à propos des poils de votre corps (aisselles, pubis...), diriez-vous :

- qu'ils n'ont pas encore commencé à pousser
- qu'ils ont à peine commencé à pousser
- qu'ils poussent vraiment en ce moment
- que ces changements sont finis
- je ne sais pas

3) Avez-vous remarqué des transformations au niveau de votre peau, en particulier l'apparition de boutons :

- Ma peau n'a pas commencé à changer.
- Ma peau a à peine commencé à changer.
- Des changements sont vraiment présents en ce moment.
- Les changements de ma peau semblent terminés.
- Je ne sais pas.

4) Pour les garçons,

Avez-vous remarqué que votre voix était plus grave ?

- Ma voix n'a pas commencé à changer
- Ma voix a à peine commencé à changer
- Des changements sont vraiment présents en ce moment
- Les changements de ma voix semblent terminés
- Je ne sais pas

5) Commencez-vous à avoir des poils sur le visage ?

Les poils de mon visage n'ont pas encore commencé à pousser  
Les poils de mon visage ont à peine commencé à pousser  
En ce moment, les poils de mon visage poussent vraiment

4) Pour les filles,

Avez-vous constaté que vos seins avaient commencé à pousser ?

Ils n'ont pas encore commencé à pousser.

Ils ont à peine commencé à pousser.

Je me rends compte qu'ils poussent vraiment en ce moment.

La croissance de mes seins semble terminée.

Je ne sais pas.

5) Etes-vous réglée ?

Oui/Non

Si oui, quel âge aviez-vous lors de vos premières règles ?

## Annexe IV: Etude 2- Analyses factorielles

Figure i: Courbe des valeurs propres des facteurs de l'*Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque*

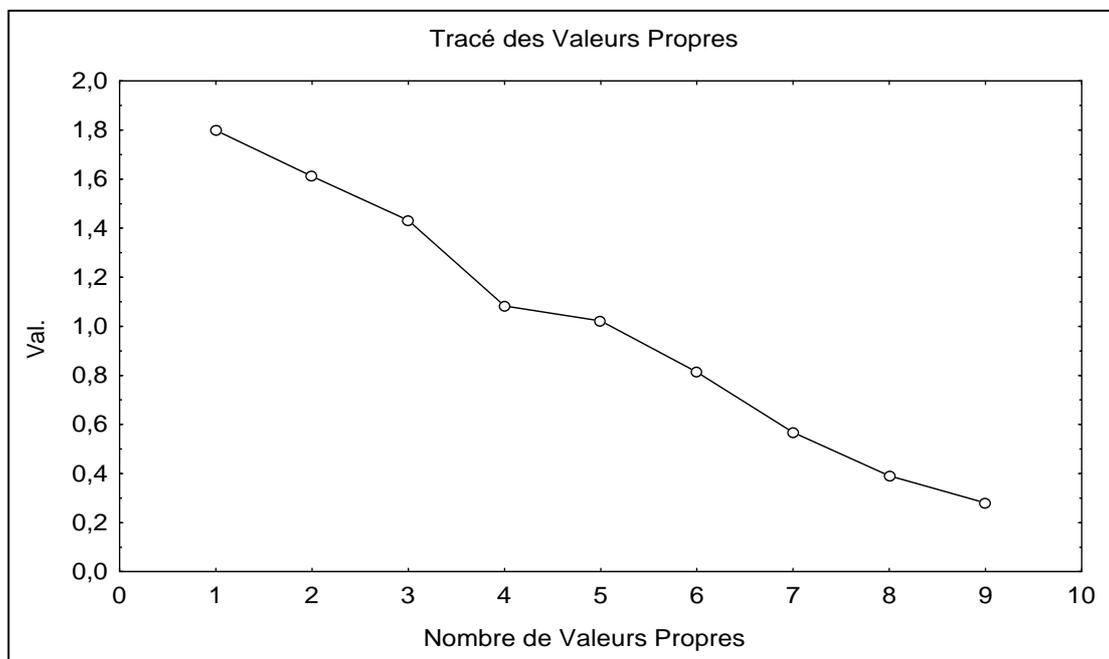


Tableau II: Analyse factorielle en deux facteurs de l'Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque.

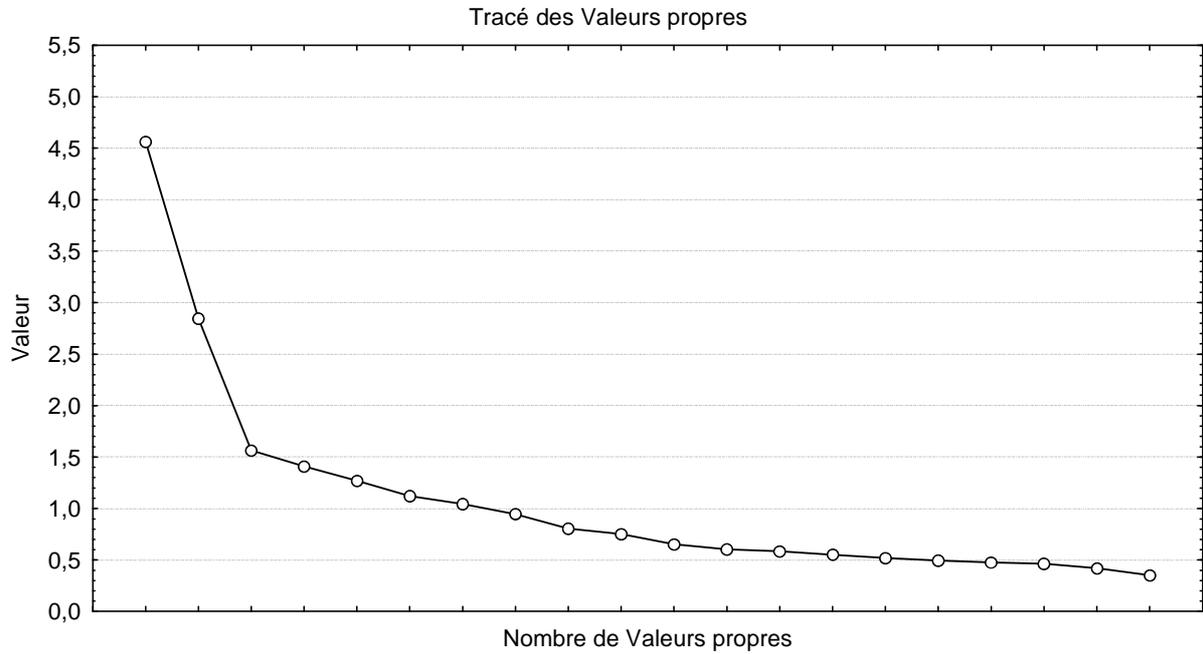
	Facteurs	
	I	II
6. Quand vous avez des rapports sexuels, utilisez-vous (ou votre partenaire utilise-t-il) le préservatif ?	.88	
7. La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous (ou votre partenaire) avez utilisé un préservatif ?	.86	
5. Quand vous avez des rapports sexuels, utilisez-vous (et/ou votre partenaire utilise-t-il) un moyen de contraception ?	.39	
4. Combien de fois avez-vous été enceinte ou causé une grossesse ?	.28	
9. Dans les 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels féminins avez-vous eues ?		-.39
2. Avez-vous déjà discuté avec votre (ou vos) partenaire(s)		-.80
3. Avez-vous déjà discuté avec votre (ou vos) partenaire(s) de se protéger d'une grossesse ?		-.81
<i>Alpha de Cronbach</i>	.53	.51

Tableau III: Tableau d'analyse factorielle en trois facteurs de l'*Echelle des comportements sexuels protecteurs et à risque*

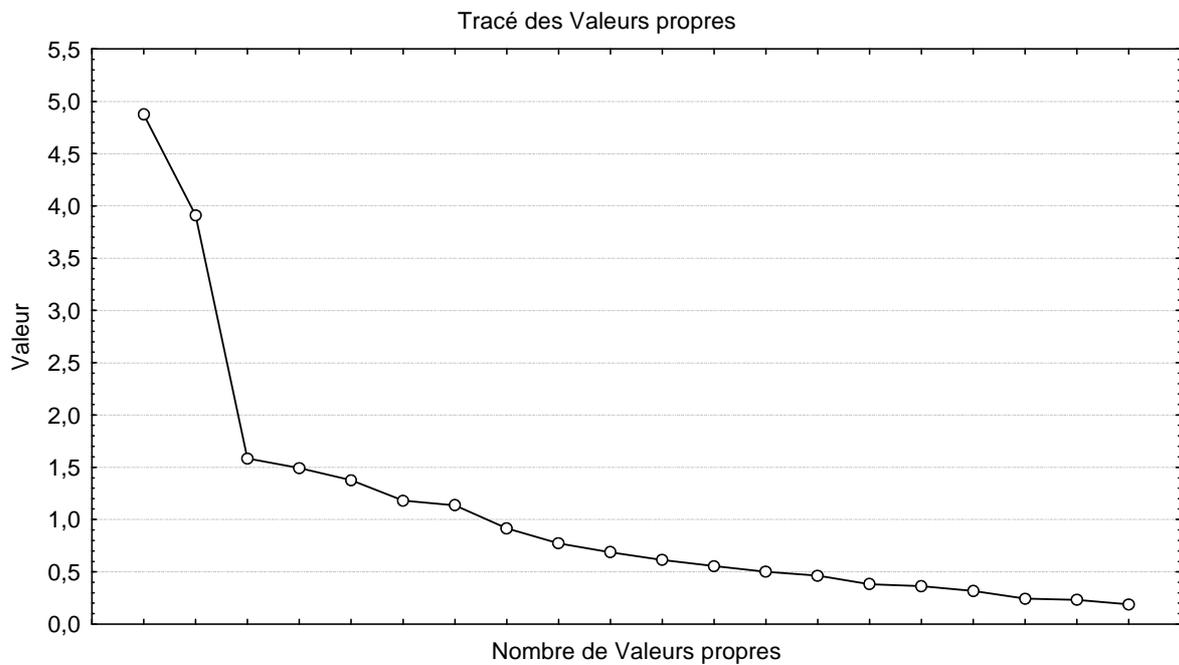
	Facteurs		
	I	II	III
6. Quand vous avez des rapports sexuels, utilisez-vous (ou votre partenaire utilise-t-il) le préservatif ?	.88		
7. La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous (ou votre partenaire) avez utilisé un préservatif ?	.86		
5. Quand vous avez des rapports sexuels, utilisez-vous (et/ou votre partenaire utilise-t-il) un moyen de contraception ?	.39	.31	
3. Avez-vous déjà discuté avec votre (ou vos) partenaire(s) de se protéger d'une grossesse ?		.85	
2. Avez-vous déjà discuté avec votre (ou vos) partenaire(s) de la protection contre les infections sexuellement transmissibles/ HIV/ SIDA ?		.81	
8. Dans les 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels masculins avez-vous eus ?			.82
1. Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?			.52
4. Combien de fois avez-vous été enceinte ou causé une grossesse ?			.37
9. Dans les 12 derniers mois, combien de partenaires sexuels féminins avez-vous eues ?			-.55
<i>Alpha de Cronbach</i>	.58	.47	.38

**Annexe V: Etude 3-Tracés des valeurs propres des items à l'IERS prime adolescence et IERS late adolescence**

**Figure ii:** Tracé des valeurs propres pour les items de l'IERS prime adolescence



**Figure iii:** Tracé des valeurs propres pour les items de l'IERS late adolescence



**Annexe VI: Etude 4-Analyse factorielle de l'échelle des conduites sexuelles à risque (Courtois et al., 2001)**

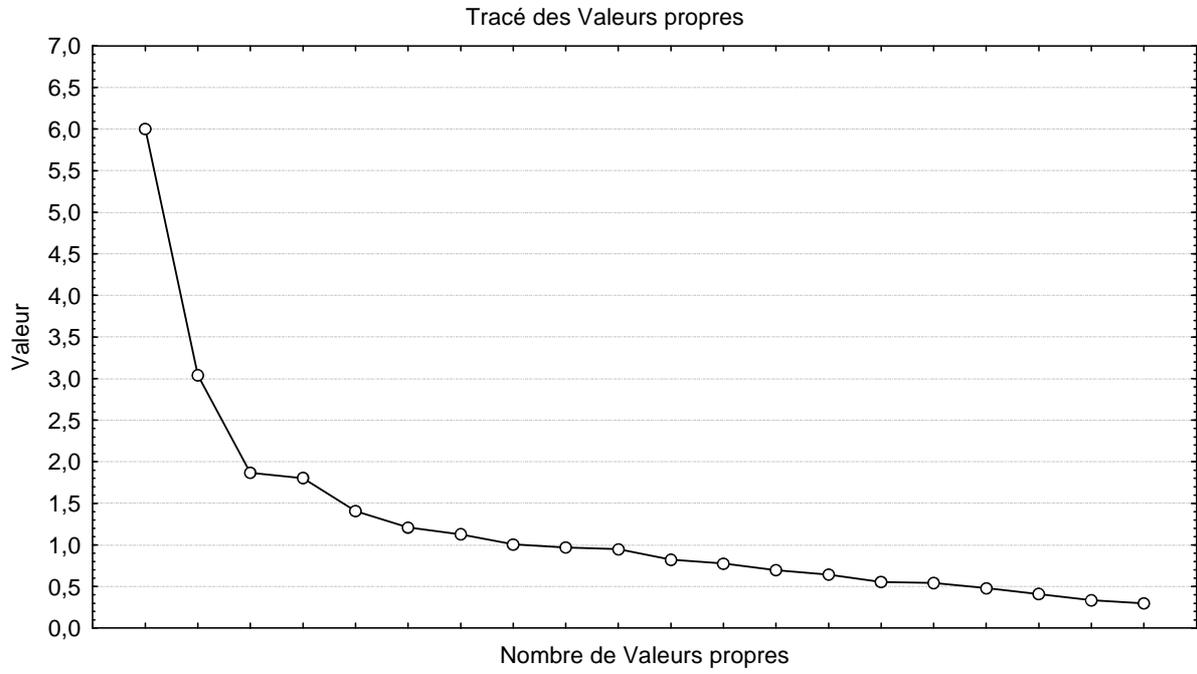
Tableau IV: Analyse factorielle sur 1859 lycéens

	Facteur I	Facteur II	Facteur III
<i>Items ≥ .30</i>			
1. J'utilise le préservatif au début de ma relation avec quelqu'un, puis par la suite quand je suis avec lui (ou elle) de manière plus durable, je n'en utilise plus	0.68		
2. Si ma relation avec quelqu'un est durable, j'estime ne plus avoir besoin de mettre de préservatif parce que j'ai confiance en mon partenaire	0.63		
3. J'indique le nombre de rapports sexuels que j'ai eu au cours des deux derniers mois	0.71	0.44	
4. J'indique le nombre de rapports sexuels que j'ai eu au cours des douze derniers mois	0.70	0.58	
5. J'indique le nombre de rapports sexuels que j'ai déjà eu au cours de toute ma vie	0.68	0.61	
6. J'indique le nombre de partenaires sexuels que j'ai eu au cours des douze derniers mois		0.76	
7. J'indique le nombre de partenaires sexuels que j'ai déjà eu au cours de toute ma vie		0.80	
8. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels sans mettre de préservatif	0.83		
9. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type vaginal	0.59	0.49	
10. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type vaginal sans mettre de préservatif	0.81		
11. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type orogénital (fellation, cunnilingus...)	0.59	0.42	
12. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type orogénital sans mettre de préservatif	0.66	0.32	
13. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type anal			0.61
14. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels de type anal sans mettre de préservatif	0.38		0.58
15. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un du même sexe que moi			0.80
16. J'ai régulièrement des rapports sexuels avec quelqu'un de même sexe que moi			0.63
17. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire dont je sais qu'il prend des drogues injectables			0.69

18. J'ai déjà eu un rapport sexuel sous la contrainte	0.35	
19. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels après avoir trop bu	0.52	
20. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels en payant ou en étant payé(e)		0.71
21. Il m'arrive d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un dont je n'étais pas très sûr	0.54	0.32
22. J'ai déjà eu un rapport sexuel avec un partenaire beaucoup plus âgé que moi [10 ans de différence ou davantage]	0.54	

## Annexe VII: Etude 4-Tracé des valeurs propres

Figure iv: Tracé des valeurs propres pour les items de l'échelle des conduites sexuelles à risque à la late adolescence



**Annexe VIII: Etude 5-Alpha de Cronbach pour chacun des domaines du PSDQ**

Tableau V: Alpha de Cronbach du *Physical Self-Description Questionnaire*

	Alpha de Cronbach
<i>Santé</i>	.76
<i>Coordination</i>	.80
<i>Activité physique</i>	.88
<i>Adiposité</i>	.91
<i>Compétence sportive</i>	.90
<i>Apparence physique</i>	.84
<i>Force</i>	.88
<i>Souplesse</i>	.87
<i>Endurance</i>	.91

**Annexe IX: Etude 6-Alpha de Cronbach pour chacun des domaines du *PSDQ***

Tableau VI : Alpha de Cronbach du *Physical Self-Description Questionnaire*

	Alpha de Cronbach
<i>Santé</i>	.76
<i>Coordination</i>	.80
<i>Activité physique</i>	.88
<i>Adiposité</i>	.91
<i>Compétence sportive</i>	.90
<i>Apparence physique</i>	.84
<i>Force</i>	.88
<i>Souplesse</i>	.87
<i>Endurance</i>	.91
<i>Estime de soi physique</i>	.91
<i>Estime de soi</i>	.84

**Annexe X: Etude 7- Alpha de Cronbach pour chacun des domaines du PSDQ**

Tableau VII: Alpha de Cronbach du *Physical Self-Description Questionnaire*

	Alpha de Cronbach
<i>Santé</i>	.74
<i>Coordination</i>	.78
<i>Activité physique</i>	.92
<i>Adiposité</i>	.92
<i>Compétence sportive</i>	.93
<i>Apparence physique</i>	.83
<i>Force</i>	.83
<i>Souplesse</i>	.81
<i>Endurance</i>	.73

## Résumé en français

### Objectifs :

L'adolescence est une période de développement au cours de laquelle les individus expérimentent les premières activités sexuelles, investissent de nouveaux objets tout en s'éloignant de leurs parents. Ce profond remaniement peut conduire les adolescents à une prise de risque accrue, y compris dans la sexualité, et à une chute de l'estime de soi. Ce travail propose d'étudier les relations entre le style d'attachement (*secure*, *insecure ambivalent* et *insecure évitant*) à la mère et au père à l'adolescence et le type de sexualité engagée (sentimentalisée, corporalisée, évitée ou encore à risque). L'estime est considérée dans cette étude comme une variable intermédiaire dans les interactions entre l'attachement perçu aux parents et la sexualité des adolescents. Pour tenir compte des évolutions pubertaires et cognitives durant l'adolescence, la *prime adolescence* et la *late adolescence* sont étudiées séparément.

### Méthode :

Une série de sept études a été menée. La première étude évalue les liens entre la communication parents-enfants, et les attitudes et conduites sexuelles des adolescents. La seconde étude traite des relations entre l'estime de soi et les conduites sexuelles à risque chez le jeune adulte. La troisième et la quatrième étude sont consacrées à la validation d'outils de mesure de la sexualité en langue française. La cinquième étude établit les relations entre l'estime de soi et la sexualité à la *prime adolescence*, en tenant compte du degré de maturation pubertaire. La sixième étude porte sur les relations entre les styles d'attachement aux parents, la sexualité à la *prime adolescence* et leur estime de soi. La septième étude reprend cette dernière thématique mais à la *late adolescence*. Des populations d'adolescents et jeunes adultes (collégiens, lycéens, étudiants) scolarisés ont été interrogées individuellement par questionnaires auto-reportés ou par entretien, à partir d'outils standardisés en français.

### Résultats :

(i) Etude 1. Une sexualité « sentimentalisée » s'associe à moins d'engagement sexuel à la *prime adolescence* alors qu'une sexualité fonctionnelle, plus permissive s'associe une entrée plus précoce dans la sexualité et davantage de conduites sexuelles à risque. La qualité des relations à la mère influence les attitudes sexuelles (permissivité) des adolescents. La qualité des relations au père influence en plus la sphère

comportementale (précocité des rapports sexuels et du multi-partenariat). (ii) Etude 2. Une *estime de soi* basse s'associe à davantage de conduites sexuelles à risque chez le jeune adulte. L'*estime de soi corporelle*, en particulier les domaines de la masculinité, chez les garçons s'associe à des conduites sexuelles associées à la virilité (multi-partenariat par exemple), potentiellement à risque. En cas d'insatisfaction dans les domaines sociaux du corps, plus investis par les filles, on observe un évitement de la sexualité. (iii) Etude 3. Un questionnaire, l'*IERS*, a été validé pour des populations de la *prime adolescence* et de *late adolescence*. Il permet de mesurer les trois principales dimensions de la sexualité : l'engagement sexuel, les émotions et les intentions ou intérêts. Ce questionnaire se compose de trois facteurs, *Sortir avec quelqu'un*, *Privilégier l'amour* et *Draguer dans le but d'avoir des relations sexuelles* ou *Relations* pour la *late adolescence*. (iv) Etude 4. Un questionnaire d'évaluation des principales conduites sexuelles à risque (*Engagement sexuel monogame et usage du préservatif*, *Partenaires à risque* et *Rapports homosexuels ou anaux*) a été validé à la *late adolescence*. (v) Etude 5 : Avec la maturation pubertaire, l'engagement sexuel s'accroît alors que l'*estime de soi* chute. Une *estime de soi corporelle* basse à la *prime adolescence* limite l'exploration de la sexualité. (vi) Etude 6. L'attachement *secure* à la mère et au père s'associe à moins d'engagement sexuel à la *prime adolescence*, alors que l'attachement *ambivalent* à la mère et au père (pour les garçons) favorise cet engagement précoce. L'attachement *évitant* à la mère produit chez les garçons un désinvestissement de la dimension amoureuse de la sexualité. L'attachement *évitant* au père favorise chez les filles l'engagement sexuel. Les attachements *secures* à la mère et père s'associe à une *estime de soi* plus élevée, les attachements *évitants* à une *estime de soi* plus basse. (vii) Etude 7. A la *late adolescence*, l'attachement *ambivalent* à la mère s'associe à moins privilégier la dimension amoureuse de la sexualité et à des antécédents de grossesse chez les filles. L'attachement *ambivalent* au père chez les filles accroît l'engagement sexuel avec des partenaires peu sûrs. L'attachement *évitant* au père, pour l'ensemble de la population, s'associe à désinvestir la dimension amoureuse de la sexualité.

#### *Discussion :*

Les conduites sexuelles des adolescents *secures* reflètent leur *estime de soi* élevée avec un confort avec les relations intimes (affectives et physique) et une sexualité plus sentimentalisée et moins risquée. Les adolescents *ambivalents* s'engagent plus précocement dans des interactions sexuelles et présentent une sexualité plus à risque, par crainte du rejet ou de l'abandon. Pour les adolescents *évitants*, ils sont peu intéressés par l'implication émotionnelle de la sexualité, et moins orienté vers les expériences sexuelles pour les filles (attachement au père) à la *prime adolescence*, sans être nécessairement sexuellement inactifs à la *late adolescence*. Dans ces relations, l'*estime de soi* intervient comme une variable médiatrice pour les attachements *secure* et *insecure évitant*.

*Mots clés* : styles d'attachement, sexualité, estime de soi, conduites à risque, adolescence

## Résumé en anglais

### *Objectives :*

Adolescence is a period of development during which people experiment with their first sexual activities, explore new paths and distance themselves from their parents. This life changes may lead adolescents to increased risk-taking, including in sexuality, and to a loss of self-esteem. This work proposes to study the relations and the nature of the bond (*secure, insecure ambivalent and insecure avoidant*) with the mother and the father between the adolescence and the kind of sexuality held (sentimentalized, corporalized, avoided or risky). Self esteem is considered in this study as an intermediate variable in the interactions between the attachment perceived by parents and the sexuality of adolescents. To consider the pubertal and cognitive evolution during adolescence, the prime adolescence and the late adolescence are studied separately.

### *Method :*

A series of seven studies was conducted. The first study estimates the parent-children communication bond, and the sexual attitudes and behaviors of adolescents. The second study is about the relations between self-esteem and risky sexual behaviors among young adults. The third and fourth studies are dedicated to the validation of tools to measure sexuality in the French language. The fifth study establishes the relations between self-esteem and prime adolescence sexuality, considering the degree of pubertal maturation. The sixth study is about the relations between the kind of bonds with parents, sexuality at the prime adolescence and their self-esteem. The seventh study takes up the latter themes but during the late adolescence. Populations of adolescence and young adults (schoolboys, high school students and college students) had been interviewed individually by self-reported questionnaires or by interview, using tools standardized in French.

### *Results :*

(i) Study1. A « sentimentalized » sexuality is associated with less sexual involvement during the prime adolescence whereas a functional sexuality, which is more permissive, is correlated with an earlier start in sexuality and more risk-taking sexual behaviors. The quality of the relations with the mother influence the sexual behaviors (permissiveness) of adolescents. The quality of the relations to the father influences more the behavioral sphere (precociousness of sexual intercourse and having multiple partners). (ii) Study 2. A low self esteem is associated more with risk-taking sexual behavior for young adults. Body self-esteem, particularly in the field of masculinity, among boys is correlated with sexual behaviors linked to virility (having different partners for example), potentially at risk. In case of dissatisfaction in the social fields of body, more invested

by girls, we can note an avoidance of sexuality. (iii) Study 3. A questionnaire, the *IERS*, was validated by populations of prime adolescence and late adolescence. It enables us to measure the three principal dimensions of sexuality : the sexual involvement, the emotions and the intention or interests. This questionnaire contains three different factors, *dating someone*, *giving priority to love* and *flirting* in order to having sexual relations or relations in late adolescence. (iv) Study 4. A questionnaire which evaluates the principals risk-taking sexual behaviors (sexual commitment to one person and use of a condom, risky partners and homosexuals or anal intercourse) was validated in the late adolescence. (v) Study 5. With the pubertal maturation, the sexual involvement increases while self-esteem decreases. A low body self-esteem limits the exploration of sexuality. (vi) Study 6. The *secure* attachment to the mother and to the father goes less with sexual involvement at prime adolescence, whereas *ambivalent* attachment to the mother and to the father (among boys) promotes this precocious involvement. The *avoidant* attachment to the mother produces among boys a loss of interest of love in sexuality. The *avoidant* attachment to the father, produces among girls sexual involvement. The *secure* attachments to the mother and father go with a higher self-esteem, *avoidant* attachments to a lower self-esteem. (vii) Study 7. During the late adolescence, the *ambivalent* attachment to the mother is associated with giving less priority to love in sexuality and history of pregnancy among girls. The *ambivalent* attachment to the latter increases the sexual involvement with unsafe partners. The *avoidant* attachment to the father goes, for the whole population, with a loss of interest of love in sexuality.

#### *Discussion :*

The sexual behavior of *secure* adolescents is reflected in their high self-esteem, with ease in intimate relations (both affective and physical) and a more sentimentalized and less risky sexuality. The *ambivalent* adolescents are more precociously involved in sexual interactions and exhibit a more risk-taking sexuality, in the fear of rejection or abandonment. For the *avoidant* adolescents, they are less interested by the emotional implication of sexuality, and less oriented toward the sexual experiences with girls (attachment to the father) during the prime adolescence, without necessarily being sexually inactive in their late adolescence. In these relations, self-esteem is a real mediator for the attachments *secure* and *insecure avoidant*.

*Keywords :* attachment style, adolescent sexuality, risky behavior, self esteem, adolescence