

UNIVERSITE DU QUEBEC

LE CONCEPT DE SOI DES ENFANTS DIABETIQUES
DE NEUF A TREIZE ANS

PAR

JEAN-YVES VACHON

MEMOIRE PRESENTE A L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

JUILLET 1984

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Diabète juvénile et concept de soi	5
Le diabète juvénile insulino-dépendant.....	6
Le concept de soi	19
Le diabète juvénile insulino-dépendant et le concept de soi...	28
Postulats et hypothèses.....	32
Chapitre II- Description de l'expérience.....	34
Méthode.....	35
Expérimentation.....	50
Chapitre III- Présentation des résultats.....	56
Etude des profils, des perceptions centrales et secondaires chez les enfants diabétiques et non-diabétiques.....	57
Structures centrales et secondaires.....	57
Sous-structures centrales et secondaires.....	63
Catégories centrales et secondaires.....	71
Conclusion générale	81
Résumé et discussion	84
Appendice A- Le test GPS: Directives et questionnaires.....	92
Appendice B- Caractéristiques des sujets diabétiques.....	97
Remerciements.....	99
Références.....	100

Introduction

Depuis déjà quelque temps, les différents professionnels intervenant auprès des diabétiques reconnaissent l'importance des facteurs psychologiques dans l'ensemble du traitement. On remarque en psychologie de multiples publications de recherches qui témoignent d'un intérêt en ce sens. Jusqu'à maintenant, plusieurs thèmes psychologiques en relation avec le diabète ont été abordés: que ce soit la recherche d'une "personnalité diabétique", l'impact psychologique de la maladie provoqué par sa découverte, l'influence du traitement quotidien sur l'individu ou encore le rôle joué par la famille dans cette physiopathologie, etc.

Certains auteurs (Menninger, 1935; Dumbar, 1948; Swift et al., 1967; Fallstrom, 1974) confirment la présence de traits "spécifiques" pathologiques à la population diabétique. Ces résultats sont contredits par d'autres chercheurs (Kasin et Parker, 1942; Crowell, 1953; Falstein et Judas, 1955; McCraw et Tuma, 1977) ne trouvant que des cas d'enfants diabétiques à "personnalité saine". Comme le soulignent Newman (1963) ainsi que McCraw et Tuma (1977), ces résultats contradictoires trouvent leurs explications entre autres choses par la présence d'erreurs méthodologiques dans certaines de ces études.

Le concept de soi est une notion ayant déjà fait l'objet d'études auprès d'enfants diabétiques. Certains auteurs (Hoffman et al., 1982; Bitner, 1972) le croient intimement relié au contrôle de la glycémie ainsi

qu'à d'autres variables physiologiques. Cependant, les études effectuées jusqu'à maintenant demeurent incomplètes en ce sens qu'elles ne traitent pas du concept de soi dans son entier mais en privilégient uniquement certains aspects ou en font uniquement une simple évaluation psychodiagnostique. On ne dispose pas encore d'analyse sur le concept de soi des enfants diabétiques qui tout en favorisant une approche phénoménologique de l'individu respecte l'aspect multidimensionnel de ce concept dans sa totalité.

L'Ecuyer (1975), professeur à l'Université de Sherbrooke, a entrepris une recherche sur l'évolution du concept de soi (de 3 à 100 ans). Il tente d'utiliser une même méthode qui soit applicable à tous les niveaux d'âges permettant ainsi d'établir des comparaisons entre des groupes d'âges différents. Pour ce faire, il privilégie une approche de type phénoménal et suggère un modèle multidimensionnel des éléments constitutifs du concept de soi.

Ce projet de recherche se propose d'utiliser le type de mesure perfectionné par L'Ecuyer pour pouvoir faire l'étude du concept de soi d'enfants diabétiques insulino-dépendants âgés de 9 à 13 ans. Les données déjà recueillies par cet auteur chez les enfants en bonne santé et d'un âge comparable à celui des enfants diabétiques vont permettre de constituer notre groupe contrôle.

Cette méthode (Genèse des Perceptions de Soi) étant relativement récente, elle demeure méconnue et n'a fait l'objet jusqu'à maintenant que d'une diffusion restreinte. C'est ce qui explique en partie la rareté des publications scientifiques la concernant. Le lecteur ne doit donc pas se

surprendre de retrouver tout au long de ce travail, de fréquentes allusions et citations provenant des ouvrages originaux de cette méthode.

Dans une première partie de notre travail, nous verrons les conceptions physiopathologiques et psychopathologiques du diabète juvénile insulino-dépendant. Nous poursuivrons par un bref historique se rapportant au concept de soi, son importance comme moyen d'en arriver à une compréhension plus totale de l'individu et par les principales notions théoriques qui l'entourent. Ce chapitre se terminera par une revue des différentes recherches expérimentales se rapportant au concept de soi des enfants diabétiques.

Par la suite, nous ferons une critique des différents types d'instruments permettant de mesurer le concept de soi avant de donner nos raisons justifiant le choix de l'un d'entre eux.

La présentation des résultats comprendra deux parties bien distinctes. Dans un premier temps, une description détaillée des résultats sera donnée pour passer ensuite à une interprétation de ces résultats. Dans cette deuxième partie, nous verrons ce qui peut être appuyé par les théories existantes et également ce qui pourrait constituer des éléments nouveaux par rapport à ces notions théoriques.

Chapitre premier

Diabète juvénile et concept de soi

Le but de notre recherche est d'étudier le concept de soi des enfants diabétiques. Nous exposerons pour commencer, dans ce premier chapitre, la base théorique de notre recherche en définissant le diabète juvénile insulino-dépendant d'un point de vue physiopathologique puis psychopathologique. Nous enchaînerons sur les fondements théoriques concernant l'existence d'une "personnalité diabétique" et en mettant en relief différents problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement les jeunes diabétiques.

Le diabète juvénile insulino-dépendant

Conception physiopathologique

Le diabète mellitus (appelé aussi "sucré") est une maladie chronique incurable et le désordre endocrinien le plus répandu. Il résulte d'une production insuffisante d'insuline sécrétée par le pancréas (Johnson, 1980). On retrouve deux types de diabète mellitus: le diabète adulte (ou "gras") et le type juvénile (ou "maigre"). La première forme de diabète peut être contrôlée par une diète et lorsque c'est nécessaire par un traitement parallèle (hypoglycémiants oraux). Habituellement, l'injection d'insuline n'est pas nécessaire pour ce type de diabète (Rosenbloom, 1978). La seconde forme (juvénile) du diabète, en plus d'une diète contrôlée, exige une hormonothérapie substitutive (injection quotidienne ou pluriquotidienne d'insuline) d'où l'appellation "insulino-dépendant".

Le diabète "adulte" n'apparaît pratiquement jamais chez les enfants qui, la plupart du temps, sont atteints de diabète juvénile, donc insulino-dépendants. Cependant, un certain nombre d'adultes diabétiques sont insulino-dépendants. Les facteurs génétiques ont été longtemps tenus comme responsables de ces deux types de diabète, cependant le mécanisme exact de transmission demeure inconnu. On croit que les deux parents doivent être "porteurs" pour pouvoir le transmettre à leur progéniture (Garner et Thompson, 1978).

Voici comment se décrit le fonctionnement physiologique du diabète insulino-dépendant. Normalement, la pénétration cellulaire du glucose, aliment énergétique indispensable au bon fonctionnement de l'organisme, est favorisée par une hormone d'origine pancréatique: l'insuline. Dans le diabète juvénile, il y a un déficit de la sécrétion insulinaire, ce qui entraîne un mauvais ravitaillement des cellules en glucose, et la dispersion de ce glucose dans le sang et dans l'urine. Le principe de traitement consiste donc à pallier cette carence pancréatique par des injections quotidiennes ou pluriquotidiennes, selon le cas, d'insuline de provenance exogène. Mais cette régulation "à la seringue" n'a pas la souplesse de l'adaptation authentique de la sécrétion insulinaire aux besoins changeants de l'organisme chez le sujet non-diabétique. Aussi l'enfant diabétique est-il soumis à des variations fréquentes dans la qualité du fonctionnement de son organisme qui se traduisent par des variations importantes du taux de son glucose-sanguin ou glycémie. Si l'insuline injectée est insuffisante pour les besoins de l'enfant, celui-ci aura un malaise

dit hyperglycémique, avec une diurèse importante, une soif intense, et production de corps cétoniques utilisables momentanément par les cellules qui ne reçoivent plus une ration suffisante de glucose. Quand l'hyperglycémie n'est pas traitée adéquatement, cela peut provoquer un "coma diabétique". Si, par contre, l'insuline exogène est trop importante, c'est alors un malaise dit hypoglycémique que subira l'enfant avec des manifestations de fringales subites, de vertiges ou d'obnubilations, voire de coma brutal avec convulsions. Comme dans l'hyperglycémie, mais pour des raisons contraires, les cellules manquent de glucose et on peut avoir ici aussi la production de corps cétoniques (Coussaert, 1974).

Grâce au progrès dans la fabrication d'insuline à action lente ou rapide, il est possible d'obtenir un contrôle satisfaisant du diabète avec une ou deux injections quotidiennes. Pour apprécier les besoins de l'organisme en sucre, on dispose d'indicateurs comme la glycémie qui mesurent le niveau de glucose sanguin et la glycosurie. Ainsi, ce dernier indicateur demande à l'enfant diabétique de pratiquer plusieurs analyses d'urine quotidienne (3 ou 4 selon le cas) pour y déceler la présence de glucose ou de corps cétoniques. Il doit aussi apprendre à détecter tout changement dans ses besoins par l'analyse de ses sensations internes de façon à contrer les hypoglycémies et les hyperglycémies.

En résumé, l'enfant devra avoir une insuline ajustée à sa condition de vie. Cela est difficilement réalisable parce que les besoins en insuline sont fonction de la diète, l'exercice physique, la santé physique et des facteurs émotionnels. Enfin, plusieurs complications à long

terme sont à redouter: la maladie des yeux diabétiques (rétinopathie diabétique) qui conduit à la perte de la vision, la néphropathie diabétique qui touche la fonction de filtre du rein et oblige ses patients à se soumettre au rein artificiel ou à la greffe rénale; le mal perforant plantaire, des troubles d'équilibre, digestifs et autres (Johnson, 1980).

Cette introduction nous a semblé nécessaire sur le plan physiopathologique pour comprendre et expliquer la façon dont s'est développée la conception psychopathologique du diabète juvénile.

Conception psychopathologique

Dans un premier temps, nous croyons qu'il s'avère indispensable de faire un bref historique des conceptions psychopathologiques des diabétiques pour mieux comprendre le contexte actuel dans lequel s'insère la présente recherche.

Comme Treuting (1962) le mentionne, les enfants diabétiques à l'ère pré-insulinique n'ont que quelques années à vivre. Le traitement alors se limite à rendre la vie de ces jeunes patients la plus "confortable" possible. Après la découverte de l'insuline en 1922, les patients insulino-dépendants peuvent anticiper une espérance de vie raisonnable, l'intérêt entre les facteurs psychosociaux et les diabétiques insulino-dépendants augmentant.

Si dans les années 1940, la médecine se trouve théoriquement en mesure de soigner de façon relativement satisfaisante le diabète, les

diabétiques pour leur part se révèlent des malades déconcertants oscillant "incompréhensiblement" entre des hyperglycémies et des hypoglycémies. On fait alors appel à d'autres phénomènes pour expliquer les difficultés de traitement. En 1935, Menninger qui effectue une étude corrélationnelle entre les fluctuations émotionnelles et glycémiques, relève chez 50% de ses malades des traits paranoïdes. Kasin et Parker (1942) trouvent une corrélation négative chez l'adulte entre le diabète sucré et la schizophrénie. Pour sa part, Starr (1955) explique les variations glycémiques par l'émotivité: "Le diabète était bien contrôlé mais le patient décompensait émotionnellement."¹ L'étude de Rosen et Lidz (1949) montre que chez leurs malades, toute perturbation d'ordre émotionnel s'accompagne d'une aggravation du diabète allant jusqu'aux accidents acido-cétosiques. On essaie alors d'élever les enfants diabétiques "dans du coton" en évitant les causes de perturbation et de contrariété. Malgré cela, "des colères, des délires, des angoisses, etc, continuent à faire fluctuer le précaire équilibre glycémique des diabétiques qui semblent porter en eux-mêmes leur propre source de désordre émotionnel" (Coussaert, 1974).

En 1948, Dumbar, à partir de relevés cliniques, dresse le portrait de la personnalité diabétique qui serait selon lui reconnaissable entre toutes: on y retrouve l'émotivité pathologique, l'angoisse, l'agressivité, des tendances paranoïaques et suicidaires (Johnson, 1980). Bleger (1963) note d'ailleurs une fréquence élevée de suicides chez les adolescents diabétiques. Un même type de travail effectué en 1964 à partir de relevés cliniques chez 50 enfants diabétiques de 7 à 17 ans, comparés à

¹ "The diabetes was successfully regulated, but the patient decompensated emotionally."

ceux obtenus chez 50 enfants non-diabétiques amènent Swift et al. (1967) à conclure à une personnalité plus coartée (constricted) chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.

Ces notions du diabète comme trouble complexe de l'adaptation et de "personnalité diabétique" entraînent une série de travaux cherchant à mettre en évidence le rôle des stress émotionnels dans le déclenchement, voire l'origine de la maladie. Dans les années 1960, les travaux portent surtout sur la santé mentale des familles d'enfants diabétiques. Sterky (1963) note une fréquence significativement plus élevée de névroses d'anxiété chez les mères d'enfants diabétiques que chez les mères d'enfants sains. Swift et al. (1967) ayant étudié les familles de leurs populations expérimentales et contrôles (séries d'entretiens) trouvent que l'atmosphère émotionnelle des familles de diabétiques est plus mauvaise que celle des enfants sains. Cependant, comme le mentionnent Swift et al. (1967), les résultats ne permettent pas de conclure que les troubles mentaux relevés dans les familles de diabétiques soient consécutifs plutôt qu'antérieurs au fait d'avoir un enfant diabétique. De plus, l'étude de Swift et al. compte 34% des familles étudiées monoparentales alors qu'on en retrouve 22% dans le groupe contrôle ce qui pose une double ambiguïté quant à l'interprétation des résultats.

Une enquête de la National Health Interview Survey menée en 1964-65 dans l'Etat de Washington, montre une liaison entre la fréquence d'apparition du diabète sucré et le revenu de la famille. Si on considère que dans les familles à bas revenus, on trouve à part la malnutrition, le

mauvais logement, une fréquence importante de désorganisation familiale, des pratiques éducatives pathogènes, etc., le fait que le diabète apparaisse plus fréquemment dans ces familles argumente en faveur de la conception psychosomatique du diabète (Coussaert, 1974). Une étude de Stein et Charles (1971) aboutit à des conclusions allant dans le même sens. Comme les facteurs mentionnés précédemment ne déclenchent pas forcément chez tous le diabète, les auteurs défendent la thèse d'un état de trouble physiologique dans la régulation du métabolisme des glucides préexistants à la maladie ("état prédiabétique"), et ce vraisemblablement depuis la naissance. De tels enfants, élevés dans un climat de stress émotionnel, seraient susceptibles de développer les manifestations cliniques du diabète (Stein et Charles, 1971).

Comme on le constate, ces dernières données situent l'étiologie du diabète au niveau d'un trouble de l'adaptation physiologique au stress chez l'organisme prédisposé aux manifestations physiopathologiques de la maladie. Cette interprétation amène cependant d'autres questions concernant la personnalité du diabétique: cette personnalité doit-elle être considérée comme allant de pair avec le désordre physiologique ou bien comme une conséquence à plus long terme de la maladie? C'est ce constat qui amène la question suivante: Existe-t-il vraiment une "personnalité diabétique"?

Existe-t-il une "personnalité diabétique"?

Pour répondre à cette question, certains auteurs (Bruch, 1948; Kravitz et al., 1971) ont cherché à associer des traits spécifiques de

personnalité à la maladie. Dumber (1954) a mentionné des conflits au niveau de l'autonomie, de la sexualité, de l'anxiété, des tendances dépressives et paranoïdes. En 1953, Crowell a pourtant déjà montré que le portrait spécifique dressé par Dumber en 1948, s'applique autant à des enfants à maladie chronique de caractère indiscutablement organique qu'à des enfants diabétiques et que les problèmes psychologiques de l'hospitalisation peuvent être à l'origine de ces traits. Falstein et Judas (1955), pour leur part, n'ont trouvé que des cas d'enfants diabétiques à personnalité saine. Newman (1963) explique ces résultats contradictoires par un mauvais échantillonnage dans les populations étudiées, par des coïncidences ou encore par un manque de contrôle dans les investigations et les interprétations.

Plus récemment, d'autres chercheurs tels Swift et al. (1967) mentionnent des problèmes d'autonomie, d'anxiété, de perception de soi, d'hostilité, de personnalité coartée (constricted), de fixation orale, de pathologie sexuelle ainsi que des relations avec les pairs et la famille moins harmonieuses. Une étude de Fallstrom (1974) employant les mêmes instruments de mesure (test projectif et entrevue) confirme ces résultats. Cependant, McCraw et Tuma (1977) critiquent les deux études précédentes sur les deux points suivants: dans un premier temps, ils leur reprochent de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble des réponses fournies par les sujets au test projectif. Deuxièmement, l'examineur qui passait les entrevues était au courant de l'état de santé des enfants interviewés d'où l'objectivité de ce dernier remise en cause. Notons que McCraw et Tuma (1977)

ont repris cette expérience en contrôlant cette fois les deux variables mentionnées un peu plus haut. Ils n'ont trouvé aucune différence significative entre le groupe de jeunes diabétiques et le groupe contrôle.

La plupart des traits décrits par Swift et al. ont été vérifiés individuellement dans d'autres recherches. Voici un aperçu de ces résultats concernant notamment l'anxiété, l'hostilité et les types de relations sociales avec les pairs.

L'anxiété a été mesurée par des interviews ou des techniques projectives (Appelboom-Fondu et al., 1979; Fallstrom, 1974; McCraw et Tuma, 1977; Sayed et Leaverton, 1974). Seulement Fallstrom a rapporté une anxiété plus haute que la normale chez les sujets diabétiques. Olatawura (1972) et Stersky (1963) mesurent l'anxiété à l'aide d'une liste de contrôle des symptômes (symptom checklists), Tavormina et al. (1976) et Steinhauser et al. (1977) ont employé des tests objectifs de personnalité. Les résultats de ces études ne démontrent pas d'indice d'anxiété plus élevé chez les sujets diabétiques que chez les groupes contrôles.

L'hostilité (ou l'agressivité) est étudiée à l'aide d'interviews et de tests projectifs (Appelboom-Fondu et al., 1979; Fallstrom, 1974; McCraw et Tuma, 1977; Sayed et Leaverton, 1974), de listes de contrôle des symptômes (Olatawura, 1972; Sterky, 1963) et de tests objectifs de personnalité (Koski, 1969; Laron et al., 1972; Tavormina et al., 1976). La plupart de ces études ne trouvent pas de taux significativement élevé d'agressivité chez les jeunes diabétiques. Seules les études de Fallstrom

(1974) et de Tavormina et al. (1976) révèlent des taux d'agressivité plus élevés chez ces derniers. Cependant, les méthodologies employées dans ces deux études font l'objet de plusieurs critiques venant de différents auteurs. Les problèmes de l'étude de Fallstrom ont été mentionnés précédemment. En ce qui concerne l'autre étude (Tavormina et al., 1976), les différences obtenues pourraient possiblement être le fruit du hasard (Johnson, 1980).

En ce qui regarde les relations sociales avec les pairs, elles sont évaluées par le biais d'interviews et de mesures projectives. Fallstrom (1974), Sayed et Leaverton (1974) rapportent dans leurs études des signes d'isolement ou de mauvaise adaptation au sujet de jeunes diabétiques. Utilisant des tests projectifs, Delbridge (1975), Tavormina et al., (1976) trouvent des résultats similaires. Cependant, Olatawura (1972) ne rencontre pas de relation sociale particulièrement problématique. Les conclusions de Sterky (1963) suggèrent que la plupart des diabétiques juvéniles ne souffrent pas de problèmes psychologiques mais éprouvent des difficultés d'ordre social avec leurs pairs. Il semble donc que parmi toutes les études effectuées sur le sujet, seule l'hypothèse d'une relation sociale pauvre ou déficiente revienne avec une certaine continuité dans les caractéristiques d'ordre psychologique chez les jeunes diabétiques. Cependant, ce problème, selon Johnson (1980), ne semble pas être l'apanage de tous les diabétiques mais d'une partie de cette population. Ce facteur, selon elle, se rencontrerait chez les autres enfants atteints de maladie chronique. Elle estime donc que seule cette caractéristique parmi les autres

mentionnées précédemment constitue un domaine valable d'expertise supplémentaire pour les études à venir.

Jusqu'à maintenant, la plupart des recherches utilisant des instruments adéquats ainsi qu'une méthodologie approuvée ont échoué dans leur tentative de caractériser un "pattern" de traits spécifiques à la personnalité du diabétique, que celle-ci soit pathologique ou pas. Des travaux récents semblent complètement remettre en cause cette notion d'une "personnalité diabétique", tout en posant des problèmes d'un autre ordre à savoir l'incidence globale des problèmes émotionnels et de comportements découlant du fait d'être diabétique (Johnson, 1980; Delbridge, 1975; Galatzer et al., 1977; Sullivan, 1978; Tavormina et al., 1976; etc.). Aussi, nous attarderons-nous à décrire la réalité "quotidienne" de l'enfant diabétique pour tenter de discerner un certain nombre de voies de recherche.

Problèmes de vie quotidienne chez l'enfant diabétique

Comme nous l'avons vu précédemment, le traitement du diabète vise à maintenir la glycémie aussi stable que possible. Cependant, on ne peut penser éliminer totalement les réactions hypo ou hyperglycémiques étant donné les besoins changeants de l'organisme. Même si les malaises qu'entraînent les réactions hypo ou hyperglycémiques demeurent des incidents mineurs physiologiquement parlant, ils surviennent et perturbent le cours des activités de l'enfant diabétique.

L'hypoglycémie par exemple se manifeste habituellement par différentes sensations corporelles (faiblesses, palpitations, etc.); mais elle peut aussi emprunter des signes "caractériels" ou tenus comme tels

(fringales subites, colère brusque et inattendue, mouvements désordonnés préluant une convulsion, absences, etc.). Souvent ces symptômes peuvent être mal compris par l'entourage. L'enfant peut être accusé de comédie suite à la rapidité de son rétablissement après avoir croqué une ou deux sucreries. Il peut connaître des difficultés à justifier auprès de ses compagnons la prise de ces sucreries ou même à les conserver sans se les faire "mendier". Pour pallier à son hypoglycémie, le jeune diabétique peut ressentir le besoin de s'absenter momentanément du jeu, etc.

Les états d'hyperglycémie créent eux aussi un certain nombre de difficultés dans les relations de l'enfant diabétique avec son entourage. L'enfant tombe dans une fatigue insurmontable, répugne à tout effort, et éprouve une soif intense insatiable. Qu'il boive ou non, une polyurie importante accompagne cet état. Son entourage doit être averti (professeur à l'école, moniteurs au terrain de jeu, etc.) afin que les sorties répétées dont il a absolument besoin lui soient accordées.

Il ne faut généralement pas longtemps pour que l'enfant fasse la liaison entre les malaises hyper ou hypoglycémiques et les injections quotidiennes d'insuline. L'enfant, suite à des expériences malheureuses comme celles que nous avons énumérées auparavant peut devenir rébarbatif à accepter les injections ou à les pratiquer sur lui-même. Cette crainte des réactions insuliniques peut atteindre les parents eux-mêmes, surtout si ces réactions ont une forme spectaculaire, ou si elles surviennent la nuit, ou en dehors de leur présence. Eventuellement, toutes ces craintes peuvent se transformer en anxiété (Isenberg et al., 1965).

La restriction alimentaire reste pour beaucoup d'enfants diabétiques un aspect important des contraintes quotidiennes (Isenberg et al., 1965). La nourriture a une grande signification émotionnelle étant fréquemment associée aux soins et à l'amour maternel ainsi qu'à d'autres fantasmes inconscients. Il y a donc ici destruction complète pour l'enfant de l'image de la mère nourricière (Freud, A. 1952).

Une autre limitation susceptible d'être subie par les enfants diabétiques concerne leur activité physique et ce pour deux raisons principales: le "réflexe" qui consiste à associer fatigue et diabète (alors que ce ne sont que des fatigues qui sont liées parfois au diabète) et à cause de la peur (essentiellement des adultes) du malaise dû à une chute rapide du glucose sanguin après un exercice violent. Là encore un traitement préventif consistant à manger quelque chose de sucré en prévision de l'exercice sportif qui va suivre constitue un moyen de pallier à cette chute rapide du glucose sanguin.

Le diabète demande une observation des multiples exigences du traitement médical. Or, Cerkoney et al., (1980) ont récemment démontré que deux patients insulino-dépendants sur trois se soumettent à ces exigences. On estime entre 33% et 50% de patients qui échouent à suivre les instructions de leur médecin (Gillum et al., 1974). Ceci est vrai particulièrement au niveau du régime alimentaire alors que certaines études avancent un taux d'échec allant jusqu'à 75% (Watkins et al., 1967). Selon ces derniers auteurs, 50% des diabétiques ne prennent pas soin convenablement de leurs pieds et 45% ne font pas correctement leur test d'urine. Ces

chiffres illustrent donc la difficulté qu'éprouvent plusieurs diabétiques à s'acquitter convenablement de leurs tâches quotidiennes concernant le traitement de leur maladie.

Nous n'en finirions pas d'énumérer les nombreux et complexes problèmes de la vie quotidienne de l'enfant diabétique. Les quelques éléments que nous avons donnés ici suffiront sans doute pour en suggérer quelques conséquences possibles sur le plan de la construction de la personnalité. Pour les besoins du présent travail, nous nous contenterons d'attirer l'attention en particulier sur le concept de soi des enfants diabétiques âgés de neuf à treize ans. On sait que pour certains auteurs (Bitner, 1972; Hoffman, 1982), le concept de soi des enfants diabétiques tire son importance du fait qu'il est intimement relié au contrôle de la glycémie ainsi qu'à d'autres variables physiologiques. Nous allons donc voir dans un premier temps comment le définir et le mesurer puis faire un relevé de la littérature sur ce qui s'est écrit concernant le concept de soi des enfants diabétiques.

Le concept de soi

Historique

Les écrits et les recherches de plus en plus nombreux sur le concept de soi qui apparaissent dans la documentation manifestent l'importance que les théoriciens accordent à ce concept. C'est James (1890) qui insiste le premier, à la fin du siècle dernier, sur l'importance du concept de soi. Selon lui, la conscience est personnelle; chaque pensée, chaque émotion

est caractéristique d'une personne. Ces affirmations se révèlent un fondement pour la psychologie du soi. Cette conscience du soi évoluant constamment, on ne peut reproduire fidèlement l'ensemble de ces caractéristiques à un moment précis de son histoire. Tout état de conscience est une fonction de l'ensemble psychologique total. Cet auteur estime également que la conscience de soi est continue, en changement continu mais graduel. Elle est aussi sélective et possède un pouvoir discrétionnaire sur les éléments de son environnement.

Cependant, la théorie de James ne reçoit que peu d'échos à cette époque. Comme le béhaviorisme et le fonctionnalisme dominent au cours des quatre premières décades du siècle, la théorie phénoménologique et la notion de conscience de soi de James demeurent dans l'ombre. Comme le souligne Boring (1950): "Pour un temps, vers les années 1920, il semble que toute l'Amérique soit devenue béhavioriste."

Le courant de la pensée gestaltiste au début du 20e siècle ouvre la voie aux méthodes phénoménologiques permettant de décrire une expérience en dépeignant l'objet perçu sans analyse des éléments formels. De son côté, l'école psychanalytique de Freud fait apparaître des postulats psychodynamiques qui impliquent une référence au soi (ego). Il y a au moins deux raisons, comme le souligne Wylie (1961), pour lesquelles les construits du soi n'ont pas fait surface plus tôt dans la psychologie américaine. Premièrement, Freud, au début de sa vie, a d'abord mis l'accent sur l'importance du moi; il ne formule pas explicitement de construit ni ne donne

beaucoup d'importance aux fonctions du soi. La deuxième raison est que la théorie freudienne fut niée ou ignorée par beaucoup de psychologues expérimentaux américains qui trouvent là un manque de rigueur n'offrant pas la possibilité d'être soumise aux tests empiriques.

Mais comment alors expliquer l'émergence du concept de soi dans la psychologie contemporaine? Comme le note Baughman (1962), Freud à la fin de sa vie, accorde une importance plus grande au moi comme mécanisme d'intégration de la personnalité. Les néo-freudiens ont continué à accentuer l'importance de l'image du soi et du moi idéal qui constitue l'image de la personne qu'on désire être. De plus, la montée de la psychologie clinique pendant et après la deuxième guerre mondiale a amené plusieurs psychologues expérimentaux à faire de la clinique. Ceci a eu comme effet de les éveiller à l'utilité de la théorie psychanalytique ainsi qu'au concept de soi pour mieux comprendre et expliquer l'intégration, l'organisation et les luttes de la personne humaine.

Importance du concept de soi

Comme l'explique Maslow (1961), l'importance du concept de soi est soutenue et appuyée par toute la philosophie existentielle qui constitue en quelque sorte une expérience de sa propre identité. Non seulement l'existentialisme enrichit la psychologie, mais "il peut constituer une poussée additionnelle vers l'établissement du soi authentique et complètement développé" (Hamachek, 1965).

La psychologie du soi veut répondre à une lacune très importante de la psychologie moderne. Les différentes théories de la psychologie ont mis l'importance soit sur l'expérience, soit sur le comportement, soit sur les relations psychologiques, soit sur les processus mentaux conscients, soit sur l'inconscient. C'est ce qui amène Allport (1955) à croire qu'une perception aussi fragmentée de la personnalité néglige ce qui est caractéristique d'un individu au profit de ce qui est commun à l'espèce.

Dans un même ordre d'idées, Rogers (1961) affirme que pour arriver à comprendre adéquatement une personne humaine, il faut non seulement la voir comme un objet mais la percevoir avec ses yeux à elle. C'est ainsi que l'on en arrive à concevoir la perception spécifique qu'il a des choses.

La nécessité d'une psychologie du soi vient donc du besoin de dépasser la psychologie de l'espèce par le biais d'une approche phénoménologique qui permet une compréhension plus totale, plus caractéristique d'une personne en particulier.

Notions de concept de soi

A. Conceptions théoriques

On retrouve quatre courants de pensée importants reliés à la psychologie moderne et à l'étude du concept de soi. Ce sont:

- les travaux du pionnier William James (1890),
- les "interactions symboliques" de Cooley et Mead,
- le "concept d'identité" selon Erikson,
- la phénoménologie développée principalement par Rogers.

James donne un sens très général au terme "soi" (p. 291-292).¹ Il considère que ce terme englobe tout ce qui concerne une personne de près ou de loin (qualités et défauts, avoirs matériels, histoire personnelle, etc.). Il divise le soi en quatre éléments constitutifs. Le plus important étant le soi spirituel, suivi du soi matériel, du soi social et du soi corporel. Toujours selon cet auteur, les individus s'auto-évaluent dans toutes ces dimensions. A ces auto-évaluations succèdent des sentiments d'estime de soi. L'estime de soi relève du rapport entre ce que l'individu est présentement et ce qu'il pense devoir être.

L'étude du concept de soi au niveau des interactions symboliques relève plus de la sociologie que de la psychologie. Mead (1934) et Cooley (1902) en sont les principaux théoriciens. Pour eux, le soi et la société sont intimement liés et la notion d'un soi séparé et indépendant est une illusion. L'individu se perçoit selon les caractéristiques et les valeurs que son entourage lui attribue. L'"apprentissage" du soi

¹La pagination réfère à l'édition de 1950.

se fait essentiellement par imitation des comportements de l'entourage. L'individu se percevra de la même façon c'est-à-dire avec les caractéristiques et valeurs que les autres lui attribuent.

Erikson (1968) parle du "concept d'identité" plutôt que du "soi" dans ses travaux. En plus de reconnaître l'importance du rôle joué par la société dans la conception du soi, Erikson (1976) définit huit étapes distinctes que franchit la personne tout au long de la croissance du soi. Il décrit également les conflits caractéristiques de ces étapes ainsi que les conséquences découlant de leurs résolutions. Enfin, lorsqu'il reconnaît le rôle prépondérant joué par la société dans le processus de formation d'identité, le psychanalyste se démarque quelque peu de la conception de Cooley et Mead en considérant ce processus comme étant en bonne partie inconscient.

Comme le souligne Maslow, l'approche phénoménologique (ou humaniste) consiste à voir l'homme à travers les impressions du sujet lui-même plutôt que par le biais d'un observateur. On cherche à comprendre la façon dont l'individu se perçoit; comment ses besoins, ses sentiments, ses valeurs, ses croyances et la perception de son environnement influencent ses agissements. Le phénoménologue s'intéresse donc à la perception unique ou personnalisé de l'individu concerné.

Rogers (1951) parle du concept de soi comme un tout dont les éléments composent l'ensemble de la personnalité. Ces éléments comprennent par exemple le soi en interrelations avec l'environnement social, les expériences vécues ainsi que tout le système de valeurs de l'individu.

Les auteurs consultés jusqu'à maintenant amènent une multitude de conceptions du soi plus ou moins rapprochées les unes des autres. Le choix d'une de ces conceptions pour le présent travail s'avère d'autant plus difficile à réaliser qu'elles nous apparaissent comme étant ou bien incomplètes ou nettement disproportionnées au niveau de certains aspects. Ainsi, les quatre éléments constitutifs de James bien qu'étant la première conception multidimensionnelle du soi n'en demeure pas moins à notre avis insuffisamment détaillée. Une telle situation ne pouvant qu'engendrer une description générale et non-nuancée du soi de l'individu.

L'influence déterminante du milieu social telle que décrite par Mead et Cooley semble indiscutable. Toutefois, le rôle joué par d'autres variables (l'équipement héréditaire, le produit des expériences de l'individu, l'interaction de ses facteurs internes et externes, etc.) semble infirmé par une telle approche. Cette théorie bien qu'ayant le mérite de souligner l'apport essentiel de la société dans le développement du soi nous apparaît toutefois incomplète et même excessive concernant le rôle attribué à l'entourage de la personne.

Nous retenons principalement d'Erikson la dimension "génétique" qu'il introduit dans sa conception du soi. Si la notion de stades dont il parle nous semble séduisante, elle n'en demeure pas moins difficile à vérifier d'un point de vue scientifique.

L'approche phénoménologique de Rogers s'avère intéressante à plus d'un point de vue. Elle considère l'individu comme une personne unique, insiste sur l'importance de l'interaction entre cette dernière et la

société, reconnaît le rôle joué par les acquis dans la perception de soi et garde l'idée que le soi qui constitue une partie du champ phénoménal est formé d'expériences conscientes ou accessibles à la conscience (Rogers, 1962). L'auteur n'accorde que très peu d'importance à la hiérarchie des valeurs telle que véhiculée par chaque individu. C'est là à notre avis un point faible de cette conception. Toutefois, l'ensemble de sa composition résiste suffisamment bien à une étude critique poussée pour que nous puissions largement nous en inspirer tout au long de ce travail.

Les quatre groupes de théories dont nous venons de faire mention sont différents par les aspects abordés du concept de soi mais s'avèrent complémentaires et contribuent à éclairer diverses facettes du soi. Aussi, pour les fins de ce présent travail avons-nous retenu une définition de ce concept qui puisse rendre justice à chacun des éléments que nous venons de soulever et qui s'avère selon nous particulièrement important:

Une structure d'ensemble multidimensionnelle composée de quelques structures fondamentales délimitant les grandes régions globales du concept de soi, chacune d'elles recouvrant des portions plus limitées du soi - les sous-structures - se fractionnant à leur tour en un ensemble d'éléments beaucoup plus spécifiques - les catégories - caractérisant les multiples facettes du concept de soi et puisant au sein même de l'expérience directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par l'individu.
(L'Ecuyer, 1975, p. 31)

Cette définition nous paraît rejoindre le mieux nos préoccupations à la fois phénoménologiques et multidimensionnelles de ce concept.

Malheureusement, elle ne tient pas compte d'une autre dimension tout aussi essentielle à nos yeux: l'aspect génétique souligné notamment par Erikson.

B. Méthodes d'investigation du concept de soi

L'Ecuyer (1978) les regroupe en deux catégories principales: les méthodes autodescriptives et les méthodes d'inférence. Les premières réfèrent à une description du concept de soi par le sujet avec ce que cela comporte (influence de l'inconscient, mécanismes de défense, etc.). Les méthodes d'inférence cherchent à éliminer les facteurs susceptibles d'influencer la description du sujet en lui enlevant toute possibilité de pouvoir percevoir le véritable sens de la situation. Cependant, L'Ecuyer considère qu'en agissant ainsi, on ne fait que déplacer le problème puisque c'est l'examineur qui est dès lors susceptible d'influencer par le biais de ses propres mécanismes de défense, le contenu révélé du concept de soi.

En fait, L'Ecuyer nous laisse choisir entre la subjectivité du sujet qui se décrit lui-même et "l'objectivité" de l'examineur qui décide pour le sujet. Cet auteur souligne de surcroît l'évaluation qu'en fait Wylie (1974) considérant que la validité des techniques d'inférence n'est pas supérieure à celle des méthodes autodescriptives. Dans de telles conditions, notre choix s'arrête sur les méthodes autodescriptives dont voici un sommaire de quelques-uns de leurs avantages:

[...] celui de donner accès au vécu expérientiel de l'individu, à ses perceptions vitales de lui-même telles que vécues et ressenties par lui. En ce sens, elles apportent un matériel irremplaçable, celui du point de vue du sujet lui-même auquel aucune autre technique ne peut donner directement accès. Sauf dans le cas de falsification consciente du rapport sur soi, toute autre autodescription, même inconsciemment déformée, n'en représente pas moins la perception que l'individu a de lui-même, son concept de soi (L'Ecuyer, 1978, p. 105-106).

Le diabète juvénile insulino-dépendant et le concept de soi

Certains auteurs (Hoffman et al., 1982; Swift et al., 1967; Baker et al., 1975) croient que les adolescents diabétiques se sentent différents de leurs pairs parce qu'ils sont atteints d'une maladie chronique impliquant des traitements médicaux astreignants. Or, toujours selon eux, il y aurait de fortes chances pour que cela influe sur la perception qu'a l'adolescent de lui-même ainsi que sur l'émergence de son concept de soi.

Ce postulat, comme nous allons le voir, a été tantôt confirmé et tantôt contredit par plusieurs études. Cela reflète toutefois l'importance qu'a revêtu le concept de soi des enfants diabétiques aux yeux de plusieurs chercheurs. Une brève revue de la documentation dans ce domaine permet d'expliquer plusieurs de ces résultats aux conclusions divergentes.

Des évaluations du concept de soi des enfants diabétiques sont faites à partir de plusieurs tests différents. L'un de ces tests est le TSCS (Tennessee Self-Concept Scale) mis au point par Fitts en 1965. L'Ecuyer (1978) le décrit comme un des rares tests à saveur psychodiagnostique, basé sur une théorie multidimensionnelle du concept de soi.

Wylie (1974), quant à elle, décrit la valeur des profils obtenus, son pouvoir réel de discrimination et met carrément en doute la validité de ce test. Hoffman (1982) l'ayant utilisé dans son étude y voit une mesure valide, digne de foi et non-sexiste. Les opinions demeurent donc très partagées sur sa valeur.

Hoffman (1982) emploie ce test dans le but d'évaluer les changements apportés au concept de soi d'adolescents diabétiques ayant suivi un programme intensif d'éducation. Il ne trouve rien de significatif mis à part un léger changement chez un petit groupe d'adolescents. Une étude de Russell (1972) employant le même instrument et comparant les résultats des patients diabétiques à ceux de personnes cardiaques, ne trouve pas de relation significative entre eux. Il en va de même pour Larkin (1975) qui met en valeur le concept de soi chez trois catégories de personnes: des patients diabétiques, des personnes ayant fait un infarctus du myocarde et une population en bonne santé. Bitner (1972) trouve peu de changements dans le concept de soi de diabétiques après six semaines de rencontres, les gens du groupe se rencontrant trois heures chaque semaine. Il est à noter que contrairement aux autres études rapportées, les trois dernières mettaient en cause des adultes et non pas des enfants ou des adolescents.

Le test de Rorschach a aussi été utilisé dans l'évaluation du concept de soi des enfants diabétiques. Il existe une méthode de cotation du Rorschach qui permet d'étudier l'image corporelle, ses composantes, ses variations (dans le cas de maladies, d'amputations, etc.) et qui a été mise au point par Fisher et Cleveland (1968). L'Ecuyer (1978) rapporte

le jugement de Wylie à ce propos qu'il juge très sévère lorsqu'elle met en doute la valeur du test "au plan de la fidélité d'abord et de la validité surtout".

Swift et al. (1967), à l'aide de ce test controversé, du dessin d'une personne et du GAS (General Anxiety Scale for Children) relèvent des problèmes de comportements chez les enfants diabétiques et ce à plusieurs niveaux différents, dont celui du concept de soi (p. 13). Fallstrom (1974) confirme avec le Rorschach, les résultats concernant les comportements spécifiques décrits par Swift et al. (1967). Toutefois, McGraw et al. (1977), utilisant le même instrument, ne trouvent pas de différence significative au niveau de l'image corporelle. Ils expliquent les résultats précédents (Swift et al., 1967; Fallstrom, 1974) par deux causes principales: l'analyse incomplète de toutes les réponses fournies et la partialité des examinateurs (voir Chapitre I).

Une autre évaluation faite par Sullivan (1978) avec le Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) démontre une perception de soi adéquate chez des adolescents diabétiques dont l'âge moyen est de 13.8 ans. Ce test mis au point par Rosenberg (1965) vise par un procédé bref et simple à étudier l'image de soi des adolescents. Cette méthode étonne Wylie (1974) par son indice élevé de fidélité et L'Ecuyer (1978) y retrouve des résultats "très prometteurs" pour l'avenir. Cet auteur ajoute qu'elle apporte cependant les mêmes problèmes que les autres méthodes autodescriptives.

On retrouve des résultats aussi peu significatifs que ceux de l'étude de Sullivan (1978) en consultant les résultats de la recherche

de Tavormina et al., (1976) employant le PH (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale) comme instrument de mesure avec 78 enfants diabétiques dont l'âge varie entre cinq et dix-sept ans. Cette dernière méthode vise à évaluer le concept de soi des enfants à partir de ses verbalisations. Wylie considère qu'elle mérite d'être prise en considération malgré ses critiques sur sa validité.

Une dernière évaluation faite par Delbridge (1975) et utilisant le Roger's Test of Personality Adjustment (RTPA) permet de constater que les enfants diabétiques possèdent une personnalité moins bien adaptée que le groupe contrôle en bonne santé mais non dans des proportions significatives. Toutefois, il ne trouve rien de concluant au niveau du concept de soi.

En résumé, seuls Swift et al. (1967) et Fallstrom (1974) ont trouvé des résultats significatifs au niveau du concept de soi des enfants diabétiques. Cependant, les conditions expérimentales de ces deux études comportent trop d'ambiguïtés pour que l'on puisse leur accorder une honnête crédibilité. Les cinq autres études notent parfois des différences au niveau du concept de soi des enfants diabétiques et des non-diabétiques mais jamais à un niveau significatif. En ce qui concerne les trois études portant sur le concept de soi des adultes diabétiques, on ne trouve rien là non plus de significativement différent.

A voir les principales recherches faites jusqu'à maintenant sur le concept de soi des enfants diabétiques, on remarque facilement la grande diversité d'instruments utilisés et des buts visés (on évalue la

plupart du temps une ou quelques unes des facettes du concept de soi). Par exemple, on retrouve l'image du corps pour ce qui est du Rorschach; le soi physique, personnel, familial, social et moral-éthique pour le TSCS; l'image de soi pour le RSE; le concept de soi à partir des verbalisations de l'enfant pour le PH; etc. Il va sans dire que dès lors, il devient difficile de faire une synthèse générale permettant de dégager le concept de soi global des enfants diabétiques.

Postulats et Hypothèses

La revue que nous avons faite de la documentation concernant le diabète juvénile, le concept de soi ainsi que les recherches effectuées jusqu'à maintenant sur le concept de soi des enfants diabétiques nous permet d'établir nos hypothèses sur certains postulats de base, à savoir:

- Il n'existe pas à proprement parlé de "personnalité diabétique" ayant pu être démontrée expérimentalement jusqu'à ce jour.
- Tous les diabétiques juvéniles insulino-dépendants dépendent d'un traitement médical quotidien et nécessaire à leur bien-être.
- Le comportement de tout individu est complètement déterminé "dans l'immédiat" par son champ phénoménologique et est pertinent à celui-ci.

Ces postulats étant acceptés, nous pouvons maintenant poser les hypothèses suivantes:

- Il existe des différences quantitatives et qualitatives dans la nature des concepts de soi entre les enfants diabétiques et les enfants non-diabétiques.

- Ces différences s'établissent notamment au niveau du "soi somatique", le champ phénoménologique des deux groupes d'enfants présentant des différences importantes à ce niveau.

Chapitre II

Description de l'expérience

Méthode

Comme nous l'avons déjà vu dans les moyens d'investigation du concept de soi, toute méthode a ses limites. Aussi, il paraît utile dans un premier temps de préciser ce que mesurent les principales méthodes utilisées pour retenir celle qui paraît la plus pertinente dans le cadre du présent travail.

Deux méthodes principales d'investigation du concept de soi ont été déjà soulignées: les méthodes d'inférence et les méthodes autodescriptives. En ce sens, les nuances apportées par L'Ecuyer (1975) sur ces deux procédés facilitent le choix de l'une d'elles. L'auteur, plutôt que de chercher à opposer ces méthodes l'une à l'autre, a défini ce que mesure véritablement chacune d'elles, et établi ainsi leur complémentarité.

Aussi, dans un premier temps, il suggère de distinguer l'hétéro-concept de soi de l'auto-concept de soi. Le premier terme réfère au concept de soi, mais tel qu'il apparaît de l'extérieur (aux niveaux conscients ou inconscients) et inféré par un autre individu que le sujet lui-même. L'auto-concept de soi "spécifie qu'il s'agit du concept de soi conscient tel que perçu par le sujet lui-même et verbalisé par le moyen de l'auto-description" (L'Ecuyer, 1975). Ce dernier aspect semble plus conforme à la définition que nous nous faisons du concept de soi et qui se résume à la perception qu'a l'individu de lui-même (Paterson, 1961; Combs et al.,

1963). De plus, le contenu du champ phénoménal caractéristique de chaque personne, aspect jugé essentiel dans cette recherche, paraît mieux respecté lors d'une autodescription libre que lorsque son contenu est interprété par quelqu'un d'extérieur au sujet comme c'est le cas pour les techniques d'inférence.

Comme le souligne L'Ecuyer (1975), il existe plusieurs types d'instruments autodescriptifs (liste d'adjectifs, questionnaires, évaluations par gradients, Q-sorts), mais tous rencontrent des problèmes de validité s'apparentant à ceux des techniques d'inférence (mécanisme de défense, distorsion et/ou sélection des perceptions, disponibilité des symboles adéquats, etc.). Cependant, cet auteur remarque une exception parmi les instruments autodescriptifs existants qui est celle de l'autodescription libre. Aussi, L'Ecuyer consacrera de nombreuses années d'effort à améliorer la technique du test "Qui es-tu?" initialement développée par Bugental et Zelen (W-A-Y or Who are you Technique, 1950).

Comme l'esprit de ce test rencontre la conception que nous nous faisons du concept de soi (p. 26-27), nous avons choisi cet instrument pour la poursuite de notre recherche.

Instrument utilisé

A. Le test GPS (Genèse de Perceptions de Soi)

1. L'instrument lui-même:

Il consiste à demander au sujet de répondre à la question: "Qui es-tu?". Il n'y a pas de limites précises à ce que le sujet pourra dire de lui-même. Tout ce que le sujet pourra répondre sera noté "verbatim". Les seules interventions de l'expérimentateur seront non-directives permettant au sujet de pousser plus avant son travail sans se sentir seul participant à l'entrevue (voir Appendice A).

L'instrument comporte aussi une seconde question accessoire ainsi qu'un test des limites pouvant éventuellement démontrer la validité et la fidélité des résultats obtenus lors de la première question. Comme les résultats par le passé à ces deux items ont largement démontré l'efficacité de la première question, nous nous contenterons de n'utiliser que celle-ci tout en faisant état un peu plus loin des résultats obtenus à la seconde question et au test des limites par L'Ecuyer (1978, 1975) et ses collaborateurs (Beaudoin, 1974; Boisseau, 1971; Gervais, 1972; Paradis, 1969).

2. Compilation des résultats:

En s'inspirant d'auteurs tels que Allport, Bugental, Combs et Snygg, Fitts, Gordon, James, Rogers et autres, L'Ecuyer (1978) met au point le modèle des éléments constitutifs du concept de soi tel qu'utilisé dans cette recherche (Tableau 1).

Tableau 1
 Organisation interne des éléments constitutifs
 du concept de soi

Structures	Sous-structures	Catégories
SOI MATERIEL	Soi Somatique	traits et apparence condition physique
	Soi Possessif	possession d'objets possess. de personnes
	Image de Soi	aspirations énumérations d'activités sentiments et émotions goûts et intérêts capacités et aptitudes qualités et défauts
SOI PERSONNEL	Identité de Soi	dénominations simples rôle et statut consistance idéologie identité abstraite
	Valeur de Soi	compétence valeur personnelle
	Activité du Soi	stratégie d'adaptation autonomie ambivalence dépendance actualisation style de vie
SOI SOCIAL	Préoccupations et activités Sociales	réceptivité domination altruisme
	Référence au Sexe	référence simple attrait et expér. sex.
SOI-NON-SOI	Référence à l'Autre	nil
	Opinion des Autres sur soi	

Il s'agit donc d'un modèle considérant le concept de soi comme un système multidimensionnel englobant de grandes régions, les structures. Chacune de ces dernières est composée par des portions plus limitées du soi, les sous-structures. Enfin, ces sous-structures se fractionnent à leur tour en un ensemble d'éléments beaucoup plus spécifiques, les catégories.

La procédure de correction des protocoles s'avère relativement simple à suivre. Elle consiste à prendre toutes les réponses émises par le sujet et à les classifier une par une en fonction de leur définition dans les structures, sous-structures et catégories correspondantes. Cela permet d'avoir une idée de l'organisation interne du concept de soi pour chaque individu. Voici les contenus ou définition de chacune de ces dimensions du concept de soi tels que rapportés par L'Ecuyer (1978) au Tableau 1:

1. La structure "soi matériel" comprend toutes les références au corps et aux différentes possessions auxquelles l'individu s'identifie d'une manière ou d'une autre. Cette structure est divisée en deux sous-structures: le "soi-somatique" et le "soi possessif".

A. La sous-structure "soi somatique" groupe tous les énoncés où l'individu fait allusion à son corps. L'analyse du matériel brut a conduit au développement de deux catégories spécifiques: -- la catégorie "traits et apparence physique" renferme les énoncés où la personne fait mention des différentes parties de son corps ou les décrit en termes d'apparence: stature, poids, taille, beauté, etc.; -- la catégorie "condition physique" réfère à l'état de santé, aux diverses sensations corporelles, à la maladie et aux activités physiologiques générales (boire, manger, dormir, etc.).

B. La sous-structure "soi possessif" renferme les divers éléments qui peuvent être appelés

"miens" et impliquent aussi bien les objets que les personnes. Cette sous-structure est divisée en deux catégories:

- la catégorie "possession d'objets" réfère aux objets animés ou inanimés dont la personne se sent directement ou indirectement possesseur;
- la catégorie "possession de personnes" a trait au caractère possessif attaché parfois à la mention de personnes significatives: "C'est mon papa"; "J'ai cinq enfants".

2. La structure "soi personnel" réfère davantage aux caractéristiques plus internes ou psychiques formulées par l'individu, certaines pouvant être plus générales ou descriptives (sous-structure image de soi), les autres plus profondes (sous-structure identité de soi)¹;

A. La sous-structure "image de soi" comprend une grande variété de descriptions couvrant divers aspects de l'expérience de soi. L'analyse du matériel a fait ressortir plusieurs catégories plus spécifiques:

- la catégorie "aspirations": idéaux, désirs, souhaits;
- la catégorie "énumération d'activités", i.e. toutes références aux jeux, sports, violons d'Ingres, activités intellectuelles ou manuelles auxquelles s'adonnent les personnes. L'accent est mis sur l'action;
- la catégorie "sentiments et émotions" renferme les divers états émotionnels exprimés par l'individu: amour, haine, peurs, déception, dépression, joie, etc.;
- la catégorie "goûts et intérêts" réfère aux choses qui attirent (ou repoussent) l'individu. Les contenus peuvent donc être très semblables à ceux de la catégorie "énumération d'activités". La différence vient de ce qu'ici l'accent est mis sur la mention de la chose, le goût pour celle-ci, sans préciser le passage à l'action, v.g. "J'aime le bricolage", "J'aime la lecture", etc.;

¹ Ce n'est bien sûr qu'une question de point de vue; l'image corporelle, par exemple, peut être au moins à certains moments tout aussi profonde.

- la catégorie "capacité et aptitudes" regroupe les énoncés où l'individu manifeste la nature de ses ressources, sans nécessairement poser un jugement de valeur: "Je sais compter jusqu'à 100", etc.;
- la catégorie "qualité et défauts" contient les descriptions de soi en termes de qualificatifs positifs ou négatifs: "Je suis batailleur", "Je suis gentil", etc.

B. La sous-structure "identité de soi" dépasse le niveau simplement descriptif (image de soi) et va plus profondément dans la conscience d'être et d'exister de l'individu. Cette sous-structure s'est graduellement différenciée en cinq catégories:

- la catégorie "dénominations simples", c'est-à-dire les références au nom, à l'âge, à l'adresse, au sexe: "Je suis un garçon de 15 ans"; "J'habite sur la rue Saint-André", etc.;
- la catégorie "rôle et statut" a subi beaucoup d'élargissements à travers l'analyse des contenus perceptuels des différents âges. Elle réfère maintenant aux divers postes et fonctions occupés ou remplis par la personne à l'école ou à la maison, à l'appartenance à des groupes structurés ou non, aux métiers et professions, etc. "Je suis un étudiant", "Je suis une adolescente", "Je suis une personne âgée", "Je suis président du club de l'âge d'or", etc.;
- la catégorie "consistance" réfère au sentiment général de cohérence ou d'incohérence interne, de continuité ou de discontinuité, de compréhension ou d'incompréhension de ce qui se passe en soi;
- la catégorie "idéologie" comprend les énoncés constituant une sorte de philosophie de la vie. Il s'agit très souvent de proverbes, de formulations de principes de vie ou de remarques sur la vie en général: "Je suis pour la paix dans le monde"; "La vie est bien trépidante aujourd'hui", etc.;

-- la catégorie "identité abstraite" comprend des références existentielles vagues ("Je suis moi-même") ou toute identification de soi à une certaine catégorie. C'est une sorte "d'étiquette" que l'individu se colle (parfois difficile à distinguer de l'idéologie). L'individu

se classe dans quelque chose. Exemples: "Je suis un non-violent", "Je suis une femme libérée". Appartenance également à une religion, à un mouvement politique, etc.

3. La structure "soi adaptatif" correspond aux réactions que l'individu a face à ses perceptions de lui-même. Ces réactions peuvent être de deux ordres: un aspect d'évaluation positive ou négative (sous-structure valeur de soi) et un aspect action précisant le genre d'action ou de réaction face à ses perceptions (sous-structure activités du soi).

A. La sous-structure "valeur de soi" comprend tout énoncé impliquant un jugement positif ou négatif sur soi à partir d'un système de valeurs personnel ou imposé de l'extérieur. Deux catégories composent cette sous-structure: compétence et valeur personnelle:

- la catégorie "compétence" réfère à tout énoncé traduisant chez le sujet l'impression d'efficacité réelle au-delà de la simple énumération de capacités et aptitudes;
- la catégorie "valeur personnelle" regroupe les énoncés comportant un jugement de valeur positif ou négatif en fonction de standards quelconques. C'est plus profond que la simple description de qualités et de défauts.

B. La sous-structure "activités du soi" contient les énoncés indiquant les divers modes d'actions ou de réactions face aux perceptions de soi-même et à la réalité (passée, actuelle et future) en vue de maintenir, promouvoir et défendre son soi. Cette sous-structure, à partir des nombreuses expériences récentes à des niveaux d'âges supérieurs, est présentement composée de six catégories spécifiques:

- la catégorie "stratégie d'adaptation" regroupe les énoncés spécifiant la mesure avec laquelle les enfants choisissent d'obéir ou non aux demandes (ou ordres) provenant des personnes extérieures.
- la catégorie "autonomie" par laquelle le sujet indique qu'il fait face à la situation, en assume les responsabilités inhérentes;

- la catégorie "ambivalence" réfère aux hésitations, aux contradictions de l'individu face à l'action à poser; comparativement à la catégorie consistance qui est au niveau de la perception d'incohérence interne, la catégorie ambivalence se situe au niveau de l'action à poser;
- la catégorie "dépendance" regroupe tous les énoncés où la personne spécifie qu'elle refuse de faire face à l'action, qu'elle s'en remet aux autres. Au niveau des personnes âgées, les énoncés impliquant le sentiment d'impuissance, d'être obligées de compter sur les autres, etc., sont classifiés ici;
- la catégorie "actualisation de soi" comprend les énoncés traduisant chez l'individu la sensation générale d'évolution positive concernant sa vie présente (ou passée, dans le cas des personnes âgées). Exemples: "Depuis quelques années, je me sens vraiment dans mon élément et en possession de tous mes moyens pour m'épanouir"; "Notre vie a été bien remplie";
- la catégorie "style de vie" réfère aux différentes manières de décrire son mode général de vie (passée, présente ou future): "Je mène une vie très simple"; "J'ai eu une vie très mouvementée", etc.

4. La structure "soi social" indique que le sujet sort de lui-même, s'ouvre aux autres, entre en interaction avec autrui. Deux sous-structures tiennent compte de diverses modalités: préoccupations et attitudes sociales, et références au sexe.

A. La sous-structure "préoccupations et attitudes sociales" spécifie chez la personne sa participation réelle ou son désir de participer à des activités avec d'autres. Il peut s'agir aussi de la simple verbalisation d'attitudes à l'égard des autres sans participation réelle. Trois catégories tiennent compte des éléments plus spécifiques de cette sous-structure:

- la catégorie "réceptivité aux autres" met l'accent sur l'attitude positive face aux autres: communication positive avec les autres, désir de communiquer avec les autres et, simple refus d'entrer en communication avec les autres;

-- la catégorie "domination" indique l'aspect négatif où le sujet domine ou se sent dominé par les autres. Ce sont généralement ici les différentes formes d'agressivité réelle ou voilée, verbale ou physique, déployées dans la communication interpersonnelle;

-- la catégorie "altruisme" fait ressortir comment l'individu se met au service des autres sans rien attendre en retour: "J'aime aider les autres"; "Je donne du temps pour les pauvres"; etc.

B. La sous-structure "référence au sexe" regroupe des énoncés précisant comment la réalité sexuelle est intégrée: prise de conscience d'abord, et types de communication avec les autres en tant que personnes sexuées. Ce n'est pas la simple référence à son sexe (catégorie dénomination simple: v.g. "Je suis un garçon de 5 ans"), mais à celui de l'autre ou de soi en relation avec l'autre. Les contenus aux divers âges ont également amené à corriger le nom initial de référence à l'autre-sexe pour celui de "référence au sexe" parce que les références ne se faisaient pas exclusivement au niveau de l'autre sexe, mais étaient occasionnellement de nature intrasexuelle. De récents travaux ont conduit à l'identification de deux catégories spécifiques:

-- la catégorie "références simples" groupant des énoncés comme ceux-ci: "J'ai trois amis: deux garçons et une fille" (chez des enfants de 5 à 8 ans); "J'ai une amie" (chez des adolescents); "J'aime la compagnie des hommes" (chez des personnes plus âgées), etc.;

-- la catégorie "attirait et expérience sexuelle" renferme les énoncés faisant état d'une plus ou moins grande sensibilité aux diverses expériences sexuelles plus profondes: "Mon ami embrasse bien"; "Je suis encore attiré par les femmes en dépit de mon âge"; "Je fais attention à ma taille pour plaire à mon mari"; "Je trouve les filles belles".

5. La structure "soi-non-soi" ne groupe que les énoncés où le sujet ne parle pas de lui comme tel, mais des autres, sans être directement concerné. Cette structure "soi-non-soi" comporte maintenant deux sous-structures: références à l'autre et

opinion des autres sur soi, sous-structure dont le matériel actuel n'a pas encore rendu nécessaire d'extraire des catégories plus spécifiques.

A. La sous-structure "référence à l'autre" renferme les énoncés où la personne ne parle pas directement d'elle-même, mais seulement des autres: "Mon ami a une belle bicyclette"; "Ma soeur est en cinquième année"; "Mes enfants sont tous bien placés dans la vie".

B. La sous-structure "opinion des autres sur soi" comprend les énoncés où le sujet est personnellement concerné via le jugement des autres à son sujet: "Mes parents disent que je suis paresseux"; "Plusieurs pensent que j'ai l'air dégagé et sûr de moi, mais en fait je suis plutôt timide", etc.

Ceci constitue donc les définitions de chacune des dimensions du concept de soi utilisées lors de la correction des épreuves. L'étape suivante se résume à décrire le mode de compilation des résultats obtenus.

Nous avons fait la compilation des résultats des groupes en tenant compte seulement de la présence ou de l'absence de mention de structures, sous-structures et catégories. Nous ne pouvons procéder par la compilation des fréquences à l'intérieur d'un même protocole pour deux raisons: le débit verbal est fort varié d'un sujet à l'autre et, comme nous n'avons pas de moyen pour contrôler ce débit verbal, nous ne pouvons utiliser la compilation des fréquences de chacun des protocoles pour déduire les perceptions principales et secondaires d'une population donnée. De plus, le mode d'expression verbale peut devenir stéréotypé et manifester une certaine persévération. Dès lors, les résultats obtenus par la compilation des fréquences pour chacun des sujets ne reflèteraient pas nécessairement des

perceptions principales de tout un groupe. Si donc, par exemple, dans un échantillon de 15 sujets, tous parlent de telle catégorie, nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'un intérêt commun à tout le groupe de sujets. Nous ne pouvons cependant pas tirer la même conclusion si l'un des sujets donne 15 énoncés relatifs à cette catégorie alors que les 14 autres n'en parlent pas. Le fait qu'un ou deux sujets parlent beaucoup d'une dimension particulière ne révèle pas nécessairement un intérêt propre à tout le groupe auquel le sujet appartient,

3. Evaluation de la validité du GPS

Nous avons vu que toute la question de la validité des instruments d'évaluation du concept de soi soulève à elle seule des débats litigieux surtout si on privilégie au départ une méthode en particulier, que ce soit les méthodes autodescriptives ou les techniques d'inférence (cf. Chap. I). Nous avons à la même occasion démontré la validité des méthodes autodescriptives comparativement aux techniques d'inférence. Aussi, il nous reste à préciser la valeur réelle de notre méthode n'utilisant qu'une seule question du genre: "Qui es-tu?"

Afin de permettre au sujet de révéler le plus possible le contenu de son champ perceptuel ou phénoménal, aucune limite de temps et d'énoncés n'est imposée au sujet en lui demandant de répondre à la question "Qui es-tu?" Rappelons que les auteurs originaux de cette méthode (Bugental et Zelen, 1950) limitaient le sujet à seulement trois énoncés. L'Ecuyer (1975) souligne l'avantage que procure cette "contrainte" pour l'analyse statistique subséquente, mais en déplore les effets restrictifs sur l'analyse qualitative des contenus.

En ce qui concerne l'objection "qu'une telle approche non-directive fournit des résultats incomplets", L'Ecuyer (1975) a établi une preuve de la validité du GPS en utilisant un test des limites. Il consiste à poser des questions directes aux sujets (voir copie de ce test à l'Appendice A). A l'origine, l'auteur se demandait dans quelle mesure le caractère vague de la question "Qui es-tu?" pouvait engendrer les phénomènes suivants: l'absence de certains contenus perceptuels qui normalement apparaîtraient avec un instrument plus complet; la difficulté chez certains sujets (par oubli, gêne, incertitude sur l'adéquacité de leurs réponses, etc.) de formuler certains contenus.

Il s'avère important avant d'aller plus loin avec le test des limites de souligner deux aspects importants mis en reliefs par l'auteur du GPS:

Les sujets ayant formulé des réponses au test (T) à une dimension donnée et qui, au test des limites (TL) continuent de donner des réponses à cette même dimension ne peuvent être comptés dans le total $T + TL$. En effet, ces sujets ne peuvent être considérés comme nouveaux, étant donné qu'ils formulent des énoncés appartenant à une dimension au test (T) déjà enregistrés. Ces énoncés sont donc considérés comme des répétitions. Deuxièmement, la compilation du nombre de sujets entre le test (T) et le test des limites (TL) est réalisée sur les bases du χ^2 avec les cases ++, --, +- et -+. Cependant, la conclusion +- est impossible puisque le sujet qui fournit des énoncés pour une dimension au test se trouve implicitement à continuer d'en donner au test des limites. Il faudrait que ce dernier nie ce qu'il a dit au test pour obtenir une telle conclusion (+-). Comme cela ne se produit pas, le χ^2 de McNemar devient inutilisable comme toute autre possibilité d'utilisation de statistique (L'Ecuyer, 1975, p. 129).

Selon ce que vient de mentionner L'Ecuyer, on ne peut donc d'un point de vue mathématique démontrer la validité du GPS en l'associant à un test des limites. Nous croyons toutefois que l'analyse descriptive que fait l'auteur pour pallier à cet inconvénient s'avère pour le moins aussi convaincante que n'importe quelle analyse statistique. En résumé, ces résultats font état de rares augmentations de plus de deux sujets nouveaux pour une même dimension (habituellement moins de deux). De plus, ces changements pour une même dimension s'avèrent inconsistants d'une personne à l'autre, d'où l'aspect quelque peu accidentel que l'on prête à ces augmentations. Voici la conclusion à laquelle en arrive L'Ecuyer (1975):

Les résultats obtenus au GPS résistent suffisamment bien à l'influence des questions directes pour les considérer fiables; le test GPS permet d'analyser adéquatement les diverses facettes du champ phénoménal puisque les résultats du test des limites n'entraînent pas la nécessité de développer de nouvelles dimensions du concept de soi. (p. 133).

Dans le GPS, la fidélité test-retest repose sur la stabilité de chacune des constituantes du concept de soi (structure, sous-structure et catégories). Pour un constituant donné, le nombre de sujets y ayant formulé des énoncés ne doit pas différer significativement du nombre de sujets qui s'y retrouvent au retest (voir Appendice A pour les directives). Il va de soi que cette vérification s'applique à chacune des dimensions: structures, sous-structures et catégories.

Etant donné que les calculs se basent sur le nombre de sujets, l'analyse procède ainsi: le sujet mentionne ou ne mentionne pas d'énoncés

à cette dimension au test de la question: "Qui es-tu?". Au retest, le même sujet continue de donner ou non des énoncés à la même dimension pour la même question. Comme le nombre de sujets de L'Ecuyer est restreint, ce dernier utilise le test binôme avec un niveau de probabilité de .05. A ce niveau de probabilité, le test binôme ne fait ressortir aucune différence significative à la question: "Qui es-tu?" pour ce qui est des résultats du test et du retest comprenant toutes les dimensions du concept de soi. L'expérience ayant regroupé plusieurs groupes d'âge différents, on remarque que la stabilité des résultats tend à s'accroître avec l'âge.

L'Ecuyer (1975) a également vérifié dans quelle mesure la répartition hiérarchique obtenue par la façon de quantifier les résultats correspond à l'ordre d'importance qu'accordent les sujets eux-mêmes aux différentes dimensions. En ce sens, il s'avère essentiel que les conclusions entre sujets et expérimentateurs coïncident quant à la détermination des perceptions importantes et des perceptions secondaires. Pour y arriver, une seconde question est posée à l'enfant: "Parmi toutes les choses que tu m'as dites, qu'est-ce qui est le plus important pour toi?" Ce dernier peut donner autant de choix qu'il le désire. Les procédés de classification et de compilation sont les mêmes que pour l'étude de fidélité c'est-à-dire: le nombre de sujets ayant formulé des réponses aux différentes dimensions. Comme à la première question, la seconde comporte un test et un retest.

On se rappelle que l'étude test-retest à la question: "Qui es-tu?" a fait ressortir une absence de différence significative. Selon

Le même procédé d'analyse, les différences test-retest au niveau de la deuxième question sont encore plus faibles qu'à la première. Aussi, les dimensions dominantes à la question 2 coïncident toujours avec les dimensions dominantes de la première question. De plus, les aspects secondaires à la question 1 coïncident également avec les dimensions d'aspect secondaire selon le choix des sujets à la deuxième question. Il est donc possible de considérer que le procédé de quantification est satisfaisant et qu'il correspond globalement à l'expérience phénoménale des sujets eux-mêmes.

Nous pouvons résumer le tout par les deux constatations majeures suivantes: les résultats provenant de la question "Qui es-tu?" sont à la fois stables et complets; de plus, les aspects perceptuels dominants et secondaires que le test détermine sont fidèles (correspondent) à l'idée que s'en font les individus qui l'ont passé.

Nous voilà donc fixé sur la pertinence de la méthode choisie et la validité de même que la fidélité de notre instrument de mesure. Il reste à présenter notre échantillon et à passer à la description de l'expérimentation.

Expérimentation

Sujets

Pour vérifier les interrogations soulevées par notre recherche, nous recrutons notre échantillon d'enfants diabétiques dans l'un des deux camps d'été spécialisés au Québec pour accueillir ce type de clientèle.

Il s'agit du camp Trois-Saumons¹, situé dans le comté de l'Islet. Cet établissement dessert les enfants diabétiques et non-diabétiques de l'Est du Québec âgés de 9 à 15 ans. Sa capacité d'accueil est de 50 à 60 jeunes diabétiques séjournant de deux à trois semaines par été. Mentionnons qu'un autre camp d'été, le camp Carowanis de Montréal, poursuit les mêmes objectifs que celui des Trois-Saumons en desservant la population juvénile diabétique de l'Ouest du Québec. Ces camps d'été permettent donc de rejoindre facilement une clientèle se répartissant normalement à la grandeur de la province.

Le nombre d'enfants diabétiques fréquentant ces lieux varie d'un été à l'autre. Au camp Trois-Saumons, nous en avons rejoint 28 lors de l'expérimentation. Sur ce nombre, quatre enfants ont dû être retranchés de l'échantillon pour diverses raisons: refus de collaborer chez deux d'entre eux, un enfant n'arrive pas à comprendre la question et un autre connaît bien les examinateurs. Il reste donc 14 filles et 10 garçons pour un total de 24 sujets diabétiques.

Presque la moitié de l'échantillon des enfants diabétiques (11 enfants sur 24) en est à son premier stage au camp. Neuf autres y viennent pour la seconde fois, trois enfants en sont à leur troisième participation et un seul à sa quatrième année de présence. En même temps qu'une expérience de plein air, le séjour en colonie de vacances rend accessible un programme d'information concernant notamment: le traitement insulinique, l'alimentation et toutes les activités de la vie avec le diabète. Les

¹ Il convient de remercier le Camp d'été pour Jeunes Diabétiques de l'Est du Québec Inc. pour l'excellence de sa collaboration.

possibilités qu'offre ce camp pour chaque enfant d'améliorer sa qualité de vie et de mieux contrôler sa maladie sont quelques raisons qui expliquent la présence répétée de plusieurs d'entre eux année après année.

La fiche médicale de chacun de ces enfants est contrôlée. Ainsi, en plus de suivre des traitements médicaux comparables, nous vérifions s'il existe d'autres conditions associées à l'état de santé du sujet.

L'âge des enfants diabétiques varie de 9 ans à 13 ans 6 mois pour une moyenne d'âge de 11 ans 4 mois. Ils sont atteints de cette maladie en moyenne depuis 4 ans et demi. La durée du diabète chez les sujets s'échelonne de un an à dix ans. L'enfant déclaré diabétique le plus jeune n'avait que 18 mois à l'époque comparativement à 11 ans pour le plus âgé. On trouvera à l'Appendice B, une description des caractéristiques de chacun de ces sujets formant le groupe expérimental.

Le groupe contrôle est constitué par l'échantillon de L'Ecuyer (1978). Il regroupe au total 70 enfants non-diabétiques (35 garçons et 35 filles). Parmi ceux-ci, trente d'entre eux sont âgés de 8 ans et quarante de 12 ans avec un écart maximum de plus ou moins 6 mois autour de ces âges. L'auteur a tenté de contrôler les variables suivantes: les sujets sont normaux au plan de l'intelligence et de la personnalité, de niveau socio-économique légèrement supérieur à la moyenne et leurs parents vivent ensemble.

C'est donc avec les résultats de ces deux groupes d'âge (8 et 12 ans) du groupe de L'Ecuyer que se compareront ceux du groupe expérimental.

Déroulement de l'expérience

- Administration du GPS

Tous les sujets ont été interrogés à leur première journée d'arrivée au camp-école Trois-Saumons. L'entretien se déroulait individuellement en présence d'un seul examinateur. Nous étions au total trois examinateurs ayant subi un entraînement ad hoc concernant les règles à observer durant la passation ainsi que l'attitude à adopter face à d'éventuelles questions (voir Appendice A).

L'emploi d'une méthode autodescriptive ou encore d'inférences en entrevue individuelle amène des questions concernant l'influence de l'examineur. Est-ce que ce dernier facilite ou inhibe l'enfant? Est-ce que ses interventions favorisent la verbalisation de l'enfant? Jusqu'à quel point le sexe de l'examineur influence-t-il le sujet?

Comme nous l'avons fait remarquer, ces questions s'appliquent pertinemment à toute entrevue ou administration de test (L'Ecuyer, 1975). Pour minimiser le plus possible l'influence des examinateurs et éviter les biais systématiques, nous avons choisi des personnes communiquant aisément avec les enfants. Ainsi, chaque expérimentateur possédait une formation académique spécialisée au niveau de l'enfance (éducatrice spécialisée, enseignante au primaire et pédopsychologue) de même qu'une expérience de travail pertinente à sa formation.

Croire que ces quelques dispositions suffisent à supprimer totalement l'influence de l'expérimentateur apparaîtrait bien présomptueux.

Ces efforts ont néanmoins contribué à réduire cette influence. Enfin, par rapport au sexe de l'examineur, Sweely (1970) considère que dans une situation d'enseignement, il n'influence pas le concept de soi de l'enfant.

Nous avons accordé une grande importance à la présentation de l'épreuve en tentant de créer un climat accueillant et chaleureux où le sujet se sent accepté et libre de s'exprimer comme il l'entend. Nous avons misé beaucoup sur les attitudes visant à la congruence des verbalisations exprimées.

On peut consulter les détails de la présentation à l'Appendice A. Ils visent à motiver l'enfant en valorisant le travail qu'on attend de lui:

J'ai besoin de ton aide pour compléter un travail à l'Université. C'est un travail important, et toi, si tu le veux bien, tu peux m'aider à le réaliser.

La présentation vise également à favoriser la spontanéité du sujet et l'authenticité de ses réponses.

Voici ce que j'aimerais que tu fasses. Tu vas essayer de te décrire toi-même, comme tu te vois, comme tu penses que tu es, peu importe ce que les autres pensent de toi. C'est toi qui va me dire qui tu es (L'Ecuyer, 1975).

On tente de sécuriser l'enfant en lui disant qu'il ne s'agit pas d'un examen et que toutes les réponses sont bonnes pourvu qu'elles l'aident à dire qui il est. De plus, on le rassure sur le caractère strictement confidentiel de ce qu'il pourra dire. "C'est un secret entre toi et moi".

En cours d'entrevue, on n'utilise que des interventions - reflets pour faciliter la poursuite des verbalisations du sujet. On reflètera également à l'occasion les succès de verbalisation et aussi les difficultés possibles à démarrer. Dans ce dernier cas, on invitera l'enfant à ne pas se presser: "On a tout le temps qu'il nous faut. Tu peux dire tout ce que tu veux et quand tu le voudras".

Quand l'enfant semble avoir terminé mais qu'il ne l'exprime pas clairement, on demande: "Est-ce qu'il y a d'autres choses dont tu n'as pas encore parlé et qui sont importantes pour toi?"

Chapitre III

Présentation des résultats

Etude des profils, des perceptions centrales et secondaires chez les enfants diabétiques et non-diabétiques

L'étude des profils ainsi que des perceptions centrales, intermédiaires et secondaires chez les enfants diabétiques et non-diabétiques est effectuée de la manière suivante: analyse des structures, des sous-structures et des catégories en termes de leur importance relative chez les deux groupes étudiés; comparaison diabétiques-non-diabétiques avec mention sur les différences significatives trouvées entre les résultats; conclusions provisoires à chacun des paliers d'organisation du concept de soi et conclusions générales pour les enfants diabétiques et ceux qui ne le sont pas.

Comme nous avons un total de 94 sujets et des fréquences théoriques souvent inférieures à 5, nous utiliserons le chi deux affecté à la correction de Yates pour l'effet de continuité afin de voir si les différences constatées entre les deux groupes d'enfants sont significatives.

Structures centrales et secondaires

La Figure 1 indique les tracés des profils des structures chez les enfants diabétiques et les enfants non-diabétiques. Le Tableau 2 regroupe ces structures sur une base de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires.

A. Enfants diabétiques

Chez les enfants diabétiques, les cinq structures sont toutes situées à des pourcentages variant entre 21% et 96% (Figure 1). De ce fait,

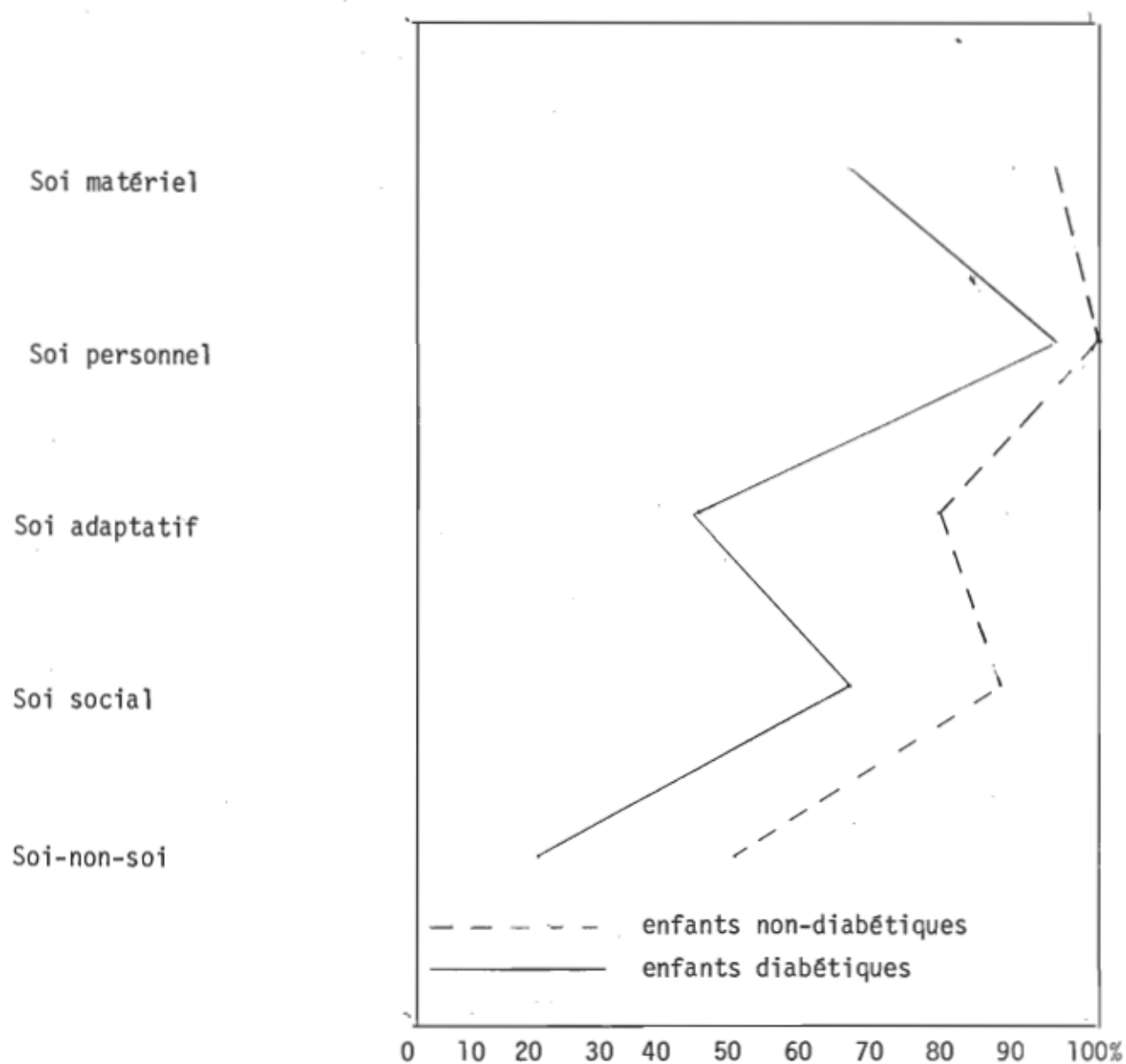


Figure 1- Profils des structures, en pourcentage de sujets chez les enfants diabétiques et non-diabétiques.

Tableau 2
Structures centrales*, intermédiaires**
et secondaires***
chez les enfants diabétiques et non-diabétiques

Structures	Diabétiques		Non-diabétiques	
CENTRALES:	Soi Personnel:	96	Soi Personnel:	100
			Soi Matériel:	94
			Soi Social:	89
			Soi Adaptatif:	80
INTERMEDIAIRES:	Soi Matériel:	67	Soi-Non-Soi:	51
	Soi Social:	67		
	Soi Adaptatif:	46		
SECONDAIRES:	Soi-Non-Soi:	21		

N.B.: Les chiffres indiquent, dans l'ordre décroissant, les pourcentages de sujets se retrouvant à chacune des structures.

* Perceptions centrales: entre 70% et 100%

** Perceptions intermédiaires: entre 31% et 69%

*** Perceptions secondaires: entre 0% et 30%

une seule structure constitue un trait dominant (soi personnel), trois autres se révèlent intermédiaires (soi matériel, soi social, soi adaptatif) et enfin, une autre s'avère secondaire (soi - non-soi), comme en fait foi le Tableau 2. Seules deux structures (soi matériel et soi social) s'avèrent d'égale importance dans le concept de soi des enfants de cette condition.

B. Enfants non-diabétiques

Les structures chez les enfants non-diabétiques enregistrent des pourcentages élevés entre 80% et 100% - à l'exception de la structure soi-non-soi située au 51^e percentile (Figure 1). Elle constitue d'ailleurs le seul fléchissement d'importance sur la courbe par rapport aux quatre autres structures dominantes: soi personnel (100%), soi matériel (94%), soi social (89%) et soi adaptatif (80%).

Ces quatre structures dominantes sont toutes centrales (Tableau 2). Par ailleurs une structure, le soi-non-soi, devient intermédiaire chez les enfants non-diabétiques. Il n'existe pas de structure secondaire chez ces enfants.

C. Comparaison diabétiques vs non-diabétiques

La comparaison du profil des structures chez les enfants diabétiques et les non-diabétiques fait ressortir des similitudes ainsi que des différences bien marquées.

La Figure 1 illustre bien les deux courbes suivant exactement les mêmes directions: le soi matériel enregistre des résultats élevés qui

s'accroissent encore à la structure suivante (soi personnel) atteignant alors les plus hauts niveaux. Il s'ensuit un fléchissement à la structure soi adaptatif particulièrement remarquable chez les diabétiques: une autre remontée s'effectue à la structure soi social avant d'amorcer un second mouvement à la baisse à la structure soi-non-soi.

L'analyse plus nuancée en termes de structures centrales, intermédiaires et secondaires (Tableau 2) dénote des différences intéressantes à souligner. L'unique structure centrale (soi personnel) des diabétiques est commune avec l'une des quatre structures rencontrées chez l'autre groupe. Aucune structure n'est semblable au niveau intermédiaire alors que les diabétiques en comptent trois et les non-diabétiques une seule. Enfin, ces derniers ne possèdent aucune structure secondaire alors que les diabétiques en ont une. En ce qui concerne l'ordre d'apparition des structures, il se révèle être exactement le même dans les deux cas même si l'importance accordée à ces structures en terme de pourcentage varie constamment entre les deux groupes.

Les différences de pourcentage (Tableau 3) recueillies entre les mêmes structures des deux groupes s'avèrent toutes les fois à l'avantage des non-diabétiques. Les différences les plus marquées concernent le soi adaptatif (34%), soi-non-soi (30%) et soi matériel (27%). Le soi social enregistre 22% d'écarts et la plus faible différence vient du soi personnel (4%).

Tableau 3

Différences entre le nombre d'enfants diabétiques
et le nombre d'enfants non-diabétiques
ayant répondu aux structures du soi

Structures	Enfants diabétiques (N = 24)		Enfants non-diabétiques (N = 70)		Niveaux de probabilité ¹
	N	%	N	%	
Soi Matériel	16	67	66	94	9.8877068**
Soi Personnel	23	96	70	100	0.3182667
Soi Adaptatif	11	46	56	80	8.5901596**
Soi Social	16	67	62	89	4.6197029*
Soi-Non-Soi	5	21	36	51	5.6155539*

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

¹ Le nombre de sujets de chaque groupe étant différent, nous avons indiqué les fréquences en pourcentage pour faciliter la compréhension des tableaux. Il est à noter que les niveaux de probabilité ont été calculés d'après le nombre des sujets.

Notons que les différences signalées au niveau des deux catégories (soi adaptatif et soi-matériel) s'avèrent significatives ($p < 0.01$). Les deux autres (soi-non-soi et soi social) le sont également mais à un niveau moindre ($p < 0.05$). Seul, le résultat recueilli au soi personnel s'avère non-significatif.

Conclusion provisoire

On peut provisoirement conclure que les profils des structures chez les enfants diabétiques et les enfants non-diabétiques diffèrent surtout par l'importance accordée à chacune d'entre elles en terme de pourcentage puisque quatre écarts sur cinq se révèlent significatifs. Il n'est pas surprenant dès lors de constater au niveau des types de perceptions (centrales, intermédiaires et secondaires) d'importantes divergences sur la façon dont les différentes structures s'y répartissent. Toutefois, le rang occupé par chaque structure n'est pas du tout influencé par ce phénomène car il ne varie aucunement d'un groupe à l'autre.

Dès lors, il apparaît donc quelques tendances: tendance à accorder le plus d'importance chez les deux groupes à la structure soi personnel comme structure centrale, à ne pas accorder aux autres structures la même importance selon qu'on est diabétique ou non; et à voir la structure soi-non-soi comme la moins importante de toutes.

Sous-structures centrales et secondaires

La Figure 2 montre les tracés des profils des sous-structures chez les enfants diabétiques et non-diabétiques. La répartition des sous-structures en termes de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires apparaît au Tableau 4.

Tableau 4
Sous-structures centrales*,
intermédiaires** et secondaires***
chez les enfants diabétiques et non-diabétiques

Sous-structures	Enfants diabétiques	Enfants non-diabétiques
CENTRALES:	Image de Soi: 83 ¹	Image de Soi: 100
	Identité de Soi: 71	Soi Possessif: 90
		Identité de Soi: 89
		Préocc. Act. Soc: 89
		Présenc
INTERMEDIAIRES:	Préocc. Act. Soc.: 58	Soi Somatique: 57
	Soi Somatique: 50	Valeur de Soi: 56
	Soi Possessif: 33	Activité du Soi: 54
	Activité du Soi: 33	Réf. à l'Autre: 50
		Réf. au Sexe: 36
SECONDAIRES:	Valeur de Soi: 21	Op. des Autres sur Soi: 3
	Réf. à l'Autre: 17	
	Réf. au Sexe: 13	
	Op. Autres sur soi: 4	

* Perceptions centrales: entre 70% et 100%

** Perceptions intermédiaires: entre 31% et 69%

*** Perceptions secondaires: entre 0% et 30%

¹ Les chiffres indiquent dans l'ordre décroissant les pourcentages de sujets se retrouvant à chacune des sous-structures.

A. Enfants diabétiques

Chez les enfants diabétiques, le profil des sous-structures (Figure 2) se présente comme suit: importance qui diminue lorsque l'on passe du soi somatique (50%) au soi possessif (33%); accent visiblement plus marqué à la sous-structure suivante, image de soi (83%) pour fléchir ensuite à identité de soi (71%); puis, fléchissement important à 21% au niveau de la sous-structure valeur de soi; graduellement l'accent augmente à activité du soi (33%) et aux préoccupations et intérêts pour les activités sociales (58%); de nouveau, on retrouve un fléchissement se stabilisant partiellement aux deux prochaines sous-structures: référence au sexe (13%) et référence à l'autre (17%). Enfin, le fléchissement se poursuit à l'autre sous-structure (opinion des autres sur soi) pour atteindre alors son plus bas niveau, soit 4%.

En termes d'importance relative accordée aux différentes sous-structures (Tableau 4), la courbe se décompose ainsi chez les enfants diabétiques. Il existe deux sous-structures regroupant plus de 70% des sujets et constituant de ce fait les perceptions centrales qui sont: image de soi et identité de soi. On note quatre sous-structures intermédiaires chez les enfants diabétiques. Ce sont les sous-structures: préoccupations pour les activités sociales, soi somatique, soi possessif et activité du soi. Les sous-structures valeur de soi et référence à l'autre sont secondaires comme les références au sexe et l'opinion des autres sur soi.

B. Enfants non-diabétiques

La courbe chez les enfants non-diabétiques (Figure 2), débute à un niveau intermédiaire (soi somatique, 57%) pour croître à la sous-structure suivante, soi possessif (90%) et atteindre ensuite un sommet maximum de 100% à image de soi. Apparaît un fléchissement aux sous-structures suivantes: identité de soi (89%), valeur de soi (56%) et activité du soi (54%). Une remontée s'ensuit à préoccupations pour les activités sociales (81%) avant de redescendre d'une façon appréciable à la sous-structure référence au sexe (36%) et croître à nouveau pour référence à l'autre (50%). Enfin, une importante baisse à 3% clôture la dernière et la plus faible sous-structure, opinion des autres sur soi.

Transposé sur une base de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires (Tableau 4), le profil des sous-structures chez les enfants non-diabétiques est caractérisé de la manière suivante: quatre sous-structures sont centrales (image de soi, soi possessif, identité de soi et préoccupations pour les activités sociales); cinq sont intermédiaires (soi somatique, valeur de soi, activité du soi, référence à l'autre et référence au sexe); une seule est secondaire et c'est la sous-structure opinion des autres sur soi.

C. Comparaison diabétiques vs non-diabétiques

La comparaison des profils sous-structures des diabétiques et des non-diabétiques fait ressortir des ressemblances et continue de mettre en relief certaines différences entre les deux groupes.

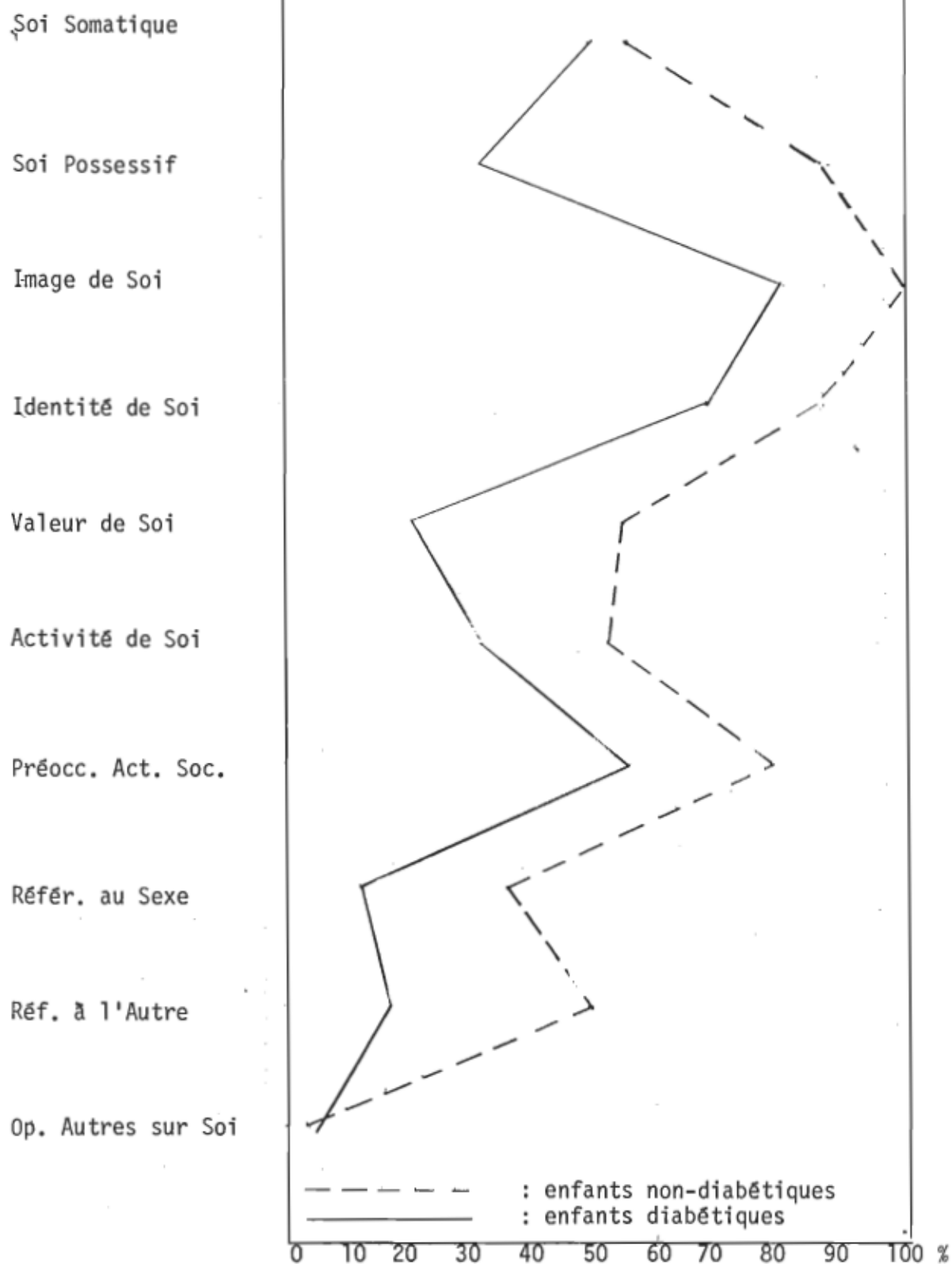


Figure 2. Profils des sous-structures, en pourcentage de sujets chez les enfants diabétiques et non-diabétiques.

En effet, les fléchissements et les augmentations dans les deux courbes (Figure 2) coïncident sept fois sur neuf. La direction des courbes ne diffère qu'à deux occasions: entre soi somatique et soi possessif puis entre valeur de soi et activité du soi.

L'analyse interne de ces profils en termes de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires permet de mieux situer les caractéristiques communes aux deux groupes et les différences qui les caractérisent (Tableau 4).

1. Ressemblances:

A. Deux sous-structures centrales (image de soi et identité de soi) sont communes aux deux groupes.

B. Deux sous-structures intermédiaires (soi somatique et activité du soi) se retrouvent chez les deux groupes d'enfants.

C. Une seule sous-structure secondaire (opinion des autres sur soi) est la même tant chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.

D. En terme d'ordre d'apparition de chaque sous-structure, la première (image de soi) est la même chez les deux groupes ainsi que les trois dernières (référence à l'autre, référence au sexe et opinion des autres sur soi).

2. Différences:

A. Les enfants non-diabétiques comptent deux sous-structures centrales de plus que les diabétiques: soi possessif et préoccupations pour les activités sociales.

B. Les enfants non-diabétiques comptent une sous-structure intermédiaire de plus que le groupe des diabétiques. De plus les sous-structures suivantes de ce palier ne sont pas communes aux deux groupes. Il s'agit de: préoccupation pour les activités sociales, soi possessif, valeur de soi, référence à l'autre et référence au sexe.

C. Enfin, les diabétiques comptent trois sous-structures secondaires de plus (référence à l'autre, référence au sexe et opinion des autres sur soi) que l'autre groupe.

D. Comme le démontre le Tableau 5, on rencontre cinq écarts de pourcentage significatifs sur une possibilité de dix. Ces écarts touchent les sous-structures suivantes: soi possessif, image de soi, valeur de soi, préoccupations pour les activités sociales et référence à l'autre.

Conclusion provisoire

L'analyse qui vient d'être faite oblige provisoirement à conclure que l'orientation générale des deux courbes de profils des sous-structures est sensiblement la même chez les enfants diabétiques et les non-diabétiques (Figure 2). Une particularité doit cependant être signalée: comme cela s'est produit au niveau des structures, la courbe des sous-structures du groupe des enfants non-diabétiques demeure toujours au-deçà des résultats du groupe des diabétiques.

Au niveau de l'ordre d'importance accordé à chacune des sous-structures, d'autres éléments retiennent l'attention. La sous-structure centrale première des deux groupes est identique (Tableau 4) avec une différence de pourcentage significative (Tableau 5). La sous-structure la

Tableau 5

Différences entre le nombre d'enfants diabétiques
et le nombre d'enfants non-diabétiques
ayant répondu aux sous-structures du soi¹.

Sous-structures	Enfants diabétiques (N = 24)		Enfants non-diabétiques (N = 70)		Niveaux de probabilité
	N	%	N	%	
Soi Somatique	12	50	40	57	.1365248
Soi Possessif	8	33	63	90	28.062705 ^{***}
Image de Soi	20	83	70	100	8.4377744 ^{**}
Identité de Soi	17	71	62	89	2.9747307
Valeur de Soi	5	21	39	56	7.3887916 ^{**}
Activité du Soi	8	33	38	54	2.3573234
Préocc. Act. Soc.	14	58	57	81	3.9842001 [*]
Référence au Sexe	3	13	25	36	3.5620896
Référence à l'Autre	4	17	35	50	6.8647702 ^{**}
Op. Autres sur Soi	1	4	2	3	.1280961

* p < 0.05

** p < 0.01

*** p < 0.001

¹ Le nombre de sujets de chaque groupe étant différent, nous avons indiqué ces fréquences en pourcentage pour faciliter la compréhension des tableaux. Il est à noter que les niveaux de probabilité ont été calculés d'après le nombre des sujets.

moins importante pour les deux groupes est la même (opinion des autres sur soi) mais n'enregistre pas de différence significative. A cinq occasions, les différences se révèlent toutefois significatives: le nombre de sous-structures ainsi que leur composition à chaque palier diffère considérablement entre les deux groupes.

Les tendances précédemment signalées voulant que les deux groupes étudiés tendent à accorder plus d'importance (perception centrale première) à la structure soi personnel (voir Figure 1) paraît bien se confirmer au niveau des sous-structures correspondantes (Figure 2). Des particularités indiquent toutefois du même coup que des différences spécifiques commencent à se dessiner et à différencier plus nettement les diabétiques des non-diabétiques. Les deux groupes obtiennent des résultats significativement différents à la sous-structure préoccupations et activités sociales alors que la sous-structure référence au sexe obtient des résultats non-significatifs. Or, ces deux sous-structures composent la structure soi social qui, comme nous l'avons vu, enregistre une différence significative entre les deux résultats. L'analyse des catégories va permettre de compléter l'étude de ces différences visant à préciser leur nature.

Catégories centrales et secondaires

La Figure 3 illustre les profils des catégories et le Tableau 6 montre les regroupements de ces catégories sous formes de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires chez les enfants diabétiques et non-diabétiques.

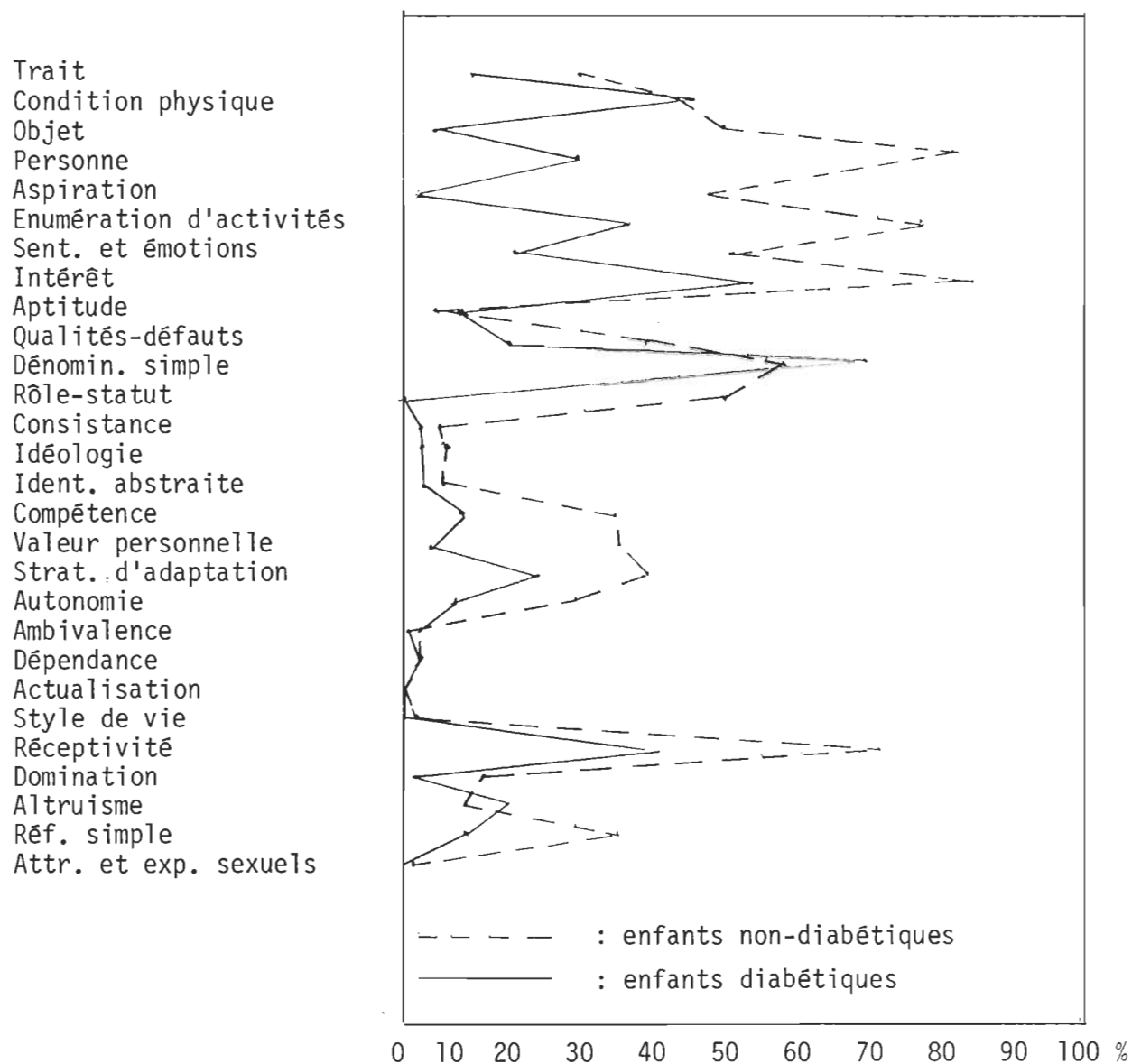


Figure 3- Profils des catégories, en pourcentage de sujets, chez les enfants diabétiques et non-diabétiques.

Tableau 6

Catégories
centrales*, intermédiaires** et secondaires***
chez les enfants diabétiques
et les enfants non-diabétiques

Catégories	Enfants diabétiques	Enfants non-diabétiques
CENTRALES:	Dénominations simples: 71	Goûts et intérêts: 84
		Possession de personnes: 83
		Énumération d'activités: 77
		Réceptivité: 71
INTERMEDIAIRES:	Goûts et intérêts: 54	Dénominations simples: 60
	Condition physique: 46	Possession d'objets: 51
	Réceptivité: 42	Sentiments et émotions: 51
	Énumération d'activités: 38	Rôle et statut: 50
		Condition physique: 44
		Aspirations: 43
		Stratégie d'adaptation: 41
		Qualités et défauts: 40
		Valeur personnelle: 37
		Compétence: 36
		Référence simple: 36
		Autonomie: 30
SECONDAIRES:	Possession de personnes: 29	Traits & apparence: 29
	Stratégie d'adaptation: 25	Domination: 16
	Sentiments et émotions: 21	Altruisme: 13
	Qualités et défauts: 21	Idéologie: 10
	Altruisme: 21	Capacités et aptitudes: 7
	Traits & apparence: 13	Consistance: 7
	Capacités et aptitudes: 13	Identité abstraite: 7
	Compétence: 13	Dépendance: 4
	Autonomie: 13	Attr. & exp. sexuels: 3
	Référence simple: 13	Ambivalence: 1
	Possession d'objets: 8	
	Valeur personnelle: 8	
	Aspirations, consistance, idéologie, identité abstraite, ambivalence, dépendance, style de vie, domination: 4	
ABSENTES:	Rôle et statut: 0	Actualisation: 0
	Actualisation: 0	Style de vie: 0
	Attrait & exp. sexuels: 0	

* perception centrale: entre 70% et 100%

** perception intermédiaire: entre 31% et 69%

*** perception secondaire: entre 0% et 30%

¹ Les chiffres indiquent dans l'ordre décroissant les pourcentages de sujets se retrouvant à chacune des catégories.

A. Enfants diabétiques

La courbe du profil des catégories chez les enfants diabétiques est caractérisée par de nombreuses oscillations (Figure 3). Partant du point des traits (13%), la courbe atteint son troisième plus fort pourcentage avec condition physique (46%) et redescend à 8% avec objet. Il s'effectue une remontée à personne (29%) pour reprendre à nouveau un bas niveau à aspiration (4%); de nouveau une remontée s'ensuit à énumération d'activités (38%) à laquelle succède une baisse pour les sentiments et émotions (21%). La courbe s'accroît pour goûts et intérêts (54%) avant d'entreprendre une baisse à capacités et aptitudes (13%); une légère remontée qualités et défauts (21%) précède un sommet inégalé de 71% pour ce groupe à la catégorie dénomination simple; ce résultat précède une dégringolade à 0% pour rôle et statut avant de se stabiliser à 4% pour les trois catégories qui suivent (consistance, idéologie et identité abstraite). Après une légère remontée à 13% (compétence), la courbe entreprend une baisse à valeur personnelle (8%), une augmentation à stratégie d'adaptation (25%) et deux descentes successives à autonomie (13%), ambivalence (4%) et s'y stabilise pour l'autre catégorie dépendance. Puis, la courbe atteint le plus bas niveau possible à actualisation (0%) avant de remonter à 4% avec style de vie. Ensuite, on observe une remontée à réceptivité (42%) suivie d'un affaïssissement à 4% pour domination et d'une hausse à altruisme (21%). Finalement, on observe deux descentes successives à référence simple (13%) et attrait et expérience sexuels (0%).

Ce profil des catégories chez les enfants diabétiques est donc globalement caractérisé par la présence de douze mouvements à la hausse

ainsi que de douze fléchissements. La courbe demeure aussi inchangée à trois occasions. Voilà ce qui résume l'allure générale de la courbe pour ce groupe d'enfants. On remarque également dans un autre ordre d'idées que trois catégories obtiennent des pourcentages nuls (0%) et ne font donc pas partie du concept de soi des enfants diabétiques. Ce sont les catégories rôle et statut, actualisation, attrait et expérience sexuels.

L'analyse plus rigoureuse de l'organisation de la courbe du profil en termes de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires permet d'autres constatations (Tableau 6). Il existe une seule catégorie centrale chez les enfants diabétiques, quatre catégories intermédiaires, vingt catégories secondaires et les trois catégories absentes déjà mentionnées. L'unique catégorie centrale est dénomination simple. Les quatre catégories intermédiaires sont: goûts et intérêts, condition physique, réceptivité et énumération d'activité. Le palier des perceptions secondaires est composé des catégories suivantes: possession de personnes, stratégies d'adaptation, sentiments et émotions, qualités et défauts, altruisme, traits et apparence, capacités et aptitudes, compétence, autonomie, référence simple, possession d'objets, valeur personnelle, aspirations, consistance, idéologie, identité abstraite, ambivalence, dépendance, style de vie et domination.

B. Enfants non-diabétiques

De nombreuses oscillations caractérisent également le profil des catégories chez les enfants non-diabétiques (Figure 3). A partir de la catégorie traits et apparences (29%), la courbe effectue une remontée à condition physique (44%), possession d'objets (51%) et atteint un de ses plus

hauts sommets à possession de personnes (83%). Une descente a lieu à aspirations (43%) avant d'augmenter à 77% pour énumération d'activités; une nouvelle baisse à sentiments et émotions (51%) précède une remontée à goûts et intérêts (84%). Après une longue descente à capacités et aptitudes (7%), la courbe augmente dans un premier temps à 40% (qualités et défauts) puis à 60% (dénominations simples) pour redescendre à la catégorie rôle-statut (50%) et consistance (7%). Une légère remontée s'effectue à idéologie (10%) pour reprendre à nouveau (7%) à identité abstraite. Après avoir atteint la catégorie compétence (37%), la courbe se stabilise à ce niveau pour la suivante, valeur personnelle, et augmente à stratégie d'adaptation (41%). La courbe redescend à autonomie (30%) puis à ambivalence (1%); une légère remontée suit à 4% (dépendance) avant de redescendre au plus bas niveau (0%) à actualisation et style de vie. Une remontée importante à réceptivité (71%) précède une baisse à domination (16%) puis à altruisme (13%); une dernière augmentation à 36% (référence simple) devance une diminution à attrait et expérience sexuels (3%).

La courbe totalise quatorze augmentations ainsi que douze fléchissements. La courbe reste inchangée à une seule occasion, lorsque deux de ses catégories se situent à zéro. Donc, compte tenu de ce résultat (0%), ces deux catégories ne font pas partie du concept de soi des enfants non-diabétiques. Il s'agit des catégories actualisation et style de vie.

L'analyse plus nuancée du profil des catégories chez les enfants non-diabétiques permet de dégager les constatations suivantes (Tableau 6): quatre catégories sont centrales: goûts et intérêts, possession de personnes, énumération d'activités et réceptivité. On retrouve douze catégories

intermédiaires dont dénominations simples, possession d'objets, sentiments et émotions, rôle et statut, condition physique, aspirations, stratégie d'adaptation, qualités et défauts, valeur personnelle, compétence, référence simple et autonomie. Les dix catégories secondaires que l'on découvre à ce palier sont: traits et apparence, domination, altruisme, idéologie, capacités et aptitudes, consistance, identité abstraite, dépendance, attrait et expérience sexuels et ambivalence.

C. Comparaison enfants diabétiques vs non-diabétiques

Un regard sur les profils des catégories (Figure 3) permet de constater à nouveau certaines ressemblances et différences entre les profils perceptuels des diabétiques et des non-diabétiques. Comme nous l'avons mentionné antérieurement, les diabétiques voient leur courbe augmenter douze fois alors que chez les non-diabétiques, on note quatorze augmentations. Ces hausses se produisent simultanément à neuf reprises. En ce qui concerne les diminutions, on en compte douze pour chaque groupe. Là-dessus, neuf fléchissements ont lieu en même temps. En moyenne, cela indique que dans 70% des cas, les augmentations dans les courbes des deux groupes se produisent en même temps alors que ce pourcentage passe à 75% lors des fléchissements. Globalement, les courbes vont dans le même sens dans 72% des cas.

En dehors des similitudes et des différences de tracé, d'autres caractéristiques s'établissent au niveau des écarts de pourcentage pour une même catégorie (Tableau 7). Par exemple, sur vingt-huit différences de pourcentage entre les mêmes catégories des deux groupes d'enfants, vingt

Tableau 7
Différences entre le nombre d'enfants diabétiques
et le nombre d'enfants non-diabétiques
ayant répondu aux catégories du soi

Catégories	Enfants diabétiques (N = 24)		Enfants non-diabétiques (N = 70)		Niveaux de probabilité ¹
	N	%	N	%	
Traits & apparence	3	13	20	29	1.7038921
Condition physique	11	46	31	44	0.0107845
Possession d'objets	2	8	36	51	12.051033**
Possession de personnes	7	29	58	83	21.698986**
Aspirations	1	4	30	43	10.417198**
Énumération d'activités	9	38	54	77	10.977352**
Sentiments et émotions	5	21	36	51	5.6155539*
Goûts et intérêts	13	54	59	84	7.4419845*
Capacités et aptitudes	3	13	5	7	.150372
Qualités et défauts	5	21	28	40	2.1020361
Dénominations simples	17	71	42	60	.493817
Rôle et statut	0	0	35	50	17.03903***
Consistance	1	4	5	7	.0009537
Idéologie	1	4	7	10	.2115292
Identité abstraite	1	4	5	7	.0009537
Compétence	3	13	25	36	3.5620896
Valeur personnelle	2	8	26	37	5.7820185*
Stratégie d'adaptation	6	25	29	41	1.4209195
Autonomie	3	13	21	30	2.031904
Ambivalence	1	4	1	1	.000304
Dépendance	1	4	3	4	.3147321
Actualisation	0	0	0	0	0
Style de vie	1	4	0	0	.3182667
Réceptivité	10	42	50	71	5.6283581*
Domination	1	4	11	16	1.2287347
Autruisme	5	21	9	13	.1176398
Référence simple	3	13	25	36	3.5620896
Attrait et exp. sexuels	0	0	2	3	.000304

* p < 0.05

** p < 0.01

*** p < 0.001

¹ Le nombre de sujets de chaque groupe étant différent, nous avons indiqué les fréquences en pourcentage pour faciliter la compréhension des tableaux. Il est à noter que les niveaux de probabilité ont été calculés d'après le nombre des sujets.

d'entre elles obtiennent des pourcentages supérieurs chez les non-diabétiques. Ainsi, toutes les différences significatives que nous allons maintenant énumérer le sont au profit des non-diabétiques. Le Tableau 7 laisse voir des différences significativement élevées au niveau de ces catégories: possession d'objets, possession de personnes, énumération d'activités, rôle et statut. On observe d'autres différences significativement plus faibles aux catégories: aspirations, sentiments et émotions, goûts et intérêts, valeur personnelle et, enfin, réceptivité.

L'analyse en termes de perceptions centrales, intermédiaires et secondaires (Tableaux 6 et 7) va permettre de faire ressortir d'autres analogies et différences entre les deux groupes d'enfants.

1. Ressemblances

A. Une seule catégorie intermédiaire (condition physique) sur quatre chez les enfants diabétiques est commune avec les douze relevées à ce palier chez les enfants non-diabétiques.

B. On en compte neuf au niveau secondaire alors que les diabétiques en totalisent vingt et les non-diabétiques, dix. Ces neuf catégories communes sont: altruisme, traits et apparence, capacités et aptitude, consistance, idéologie, identité abstraite, ambivalence, dépendance, domination.

C. Parmi les catégories absentes, une seule (actualisation) sur trois chez les diabétiques se retrouve également chez les non-diabétiques qui en comptent deux pour leur part.

D. On ne note qu'une seule catégorie (dépendance) en plus de actualisation qui ne projette aucune différence de résultat entre les deux groupes.

2. Différences

Même si, au niveau des profils, les deux groupes se ressemblent, plusieurs différences ressortent au niveau des perceptions centrales, intermédiaires et secondaires (Tableau 6) ainsi que sur le plan des différences de pourcentage (Tableau 7).

A. Les enfants non-diabétiques comptent trois catégories centrales de plus que les diabétiques. Aucune d'entre elles n'est commune aux deux groupes.

B. C'est au niveau intermédiaire que les non-diabétiques retrouvent le plus de catégories (12 sur 28) alors que les diabétiques n'en n'ont que quatre.

C. Les enfants diabétiques possèdent vingt catégories sur vingt-huit au niveau secondaire alors que l'autre groupe n'en n'a que dix.

D. On compte trois catégories absentes chez les diabétiques pour seulement deux chez les non-diabétiques.

E. Neuf catégories sur vingt-huit présentent des différences de résultats significatives entre les diabétiques et les non-diabétiques.

Conclusion provisoire

De cette analyse des profils des catégories chez les diabétiques et non-diabétiques, les conclusions provisoires suivantes peuvent être dégagées:

-- en général, les courbes de profils ont tendance à emprunter les mêmes directions;

-- une catégorie semble être totalement absente du concept de soi des enfants de ces âges et ce, qu'ils soient diabétiques ou non. Il s'agit de la catégorie actualisation;

-- au niveau des types de perception (centrales, intermédiaires et secondaires), les catégories se répartissent différemment selon qu'on est diabétique ou pas. Les diabétiques concentrant 4% de leurs catégories au niveau central, 14% au niveau intermédiaire, 71% au palier secondaire et 11% sont absentes. Chez les non-diabétiques, on retrouve 14% au niveau central, 43% chez les intermédiaires, 36% de secondaires et 7% d'absentes. Donc, plutôt que de concentrer près du trois quarts de leurs catégories à un seul palier (secondaire) comme le font les diabétiques, les non-diabétiques les répartissent plus uniformément parmi les trois qui s'offrent à eux;

-- on retrouve peu de catégories communes (dix sur une possibilité de 28), entre les deux groupes situés au même palier et ce même si les courbes empruntent les mêmes directions. Il y aurait donc lieu de croire que les deux groupes attachent à peu près la même importance aux diverses catégories lorsqu'on les compare entre elles, mais dans des proportions différentes.

Conclusion générale

Ces analyses de profils, des perceptions centrales, intermédiaires et secondaires, permettent de dégager plusieurs conclusions générales chez les enfants diabétiques par rapport aux enfants non-diabétiques.

En premier lieu, on remarque que les profils des structures, sous-structures et catégories suivent des tracés (courbes) généralement semblables chez les deux groupes (voir Figures 1, 2 et 3). Toutefois, on rencontre peu de structures, sous-structures et catégories en commun chez les deux groupes (Tableaux 2, 4 et 6) dans les différents paliers de perception (central, intermédiaire et secondaire).

On note toutefois une exception à ceci. La tendance signalée voulant que les enfants diabétiques et non-diabétiques attachent le plus d'importance à la structure soi personnel est confirmée par l'analyse des sous-structures sous-jacentes à cette structure. En effet, les sous-structures image de soi et identité de soi occupent les rangs les plus importants (perception centrale) chez les deux groupes. Toutefois, les huit catégories correspondantes à ces deux sous-structures révèlent peu de traits communs aux deux groupes à l'exception de quatre catégories d'entre elles qui sont toutes secondaires (capacité et aptitudes, consistance, idéologie et identité abstraite). On n'en retrouve aucune aux autres paliers supérieurs que ce soit intermédiaire ou central.

D'autres différences spécifiques distinguent les deux groupes d'enfants. Le concept de soi des diabétiques paraît fortement organisé autour des perceptions secondaires (25 sur une possibilité de 43) et à un degré moindre autour des perceptions intermédiaires (11 sur 43). Ils ne comptent que quatre perceptions centrales et trois absentes. Les enfants non-diabétiques, quant à eux, répartissent plus uniformément leurs composantes parmi les différents types de perceptions (11 secondaires, 18 intermédiaires, 12 centrales et 2 absentes).

En ce qui concerne l'importance accordée en termes de pourcentage à chacune des composantes des deux groupes d'enfants, dix-huit d'entre elles sur une possibilité de 43, se révèlent significatives. Dans tous ces cas, ce sont toujours les enfants non-diabétiques qui obtiennent des résultats significativement plus élevés que ceux des diabétiques. Enfin, la proportion de différences significatives trouvées diminue à mesure que les aspects mentionnés se font plus nuancés. C'est ainsi que parmi toutes les différences mentionnées au niveau des structures, 80% d'entre elles se révèlent significatives, les sous-structures en comptent 50% et les catégories 32%.

Résumé et conclusion

La revue que nous avons faite de la littérature nous a permis de dégager une éventuelle relation entre deux termes apparemment discontinus. En effet, le concept de soi qui est, en psychologie, la représentation de l'individu dans sa totalité, peut possiblement influencer ou être influencé par une physiopathologie telle le diabète. Cela revient à dire que si le concept de soi peut influencer l'efficacité des traitements médicaux, il est possible également que ce concept soit influencé ou modifié par la maladie.

Bien des recherches se sont intéressées à cette vision des choses. Par l'intermédiaire de méthodes et d'instruments souvent très divers, les chercheurs ont tenté surtout de déterminer des facteurs pouvant influencer le concept de soi des enfants diabétiques ou encore d'étudier une partie plutôt que l'ensemble de ses dimensions. De plus, peu d'études ont privilégié une approche phénoménologique du problème lui préférant des approches plus "directives et organisées". C'est donc par le biais d'une approche phénoménologique que nous avons voulu situer notre thèse en étudiant le concept de soi d'enfants diabétiques âgés de 9 à 13 ans.

Dans l'étude critique des méthodes d'investigations, nous avons écarté celles qui s'inspirent des méthodes projectives; nous les jugeons inadéquates pour mettre en relief les perceptions conscientes du soi. Nous avons aussi rejeté les autres instruments autodescriptifs (Q-sort, listes

d'adjectifs, choix multiples, etc.) car nous les avons trouvés inappropriés, trop directifs pour une démarche qui se veut phénoménologique.

Nous pensons trouver dans le GPS un instrument qui permette aux sujets l'expression vraiment phénoménologique des perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes. Les recherches effectuées jusqu'à maintenant par l'auteur du test et ses collaborateurs semblent garantir la fidélité et la validité de l'instrument. A ce sujet, L'Ecuyer (1975) écrit ce qui suit:

Deux grandes conclusions se dégagent à savoir: que les résultats obtenus au test sont suffisamment stables (étude de la fidélité) et complets par eux-mêmes pour être retenus; que le mode de quantification paraît adéquat pour considérer que les aspects perceptuels dominants et secondaires correspondent vraisemblablement à l'expérience phénoménale éprouvée par les individus ayant participé à cette recherche (p. 143).

Notre groupe expérimental se compose de 24 enfants diabétiques (14 filles et 10 garçons) dont l'âge varie de 9 à 13 ans. Le groupe contrôle est constitué par l'échantillon de L'Ecuyer (1978). Il regroupe 70 enfants (35 filles et 35 garçons) dont 30 sont âgés de 8 ans et 40 de 12 ans. L'Ecuyer a contrôlé les variables d'âges, de Q.I., de milieu socio-économique et de "normalité" de comportement à l'école chez le groupe contrôle. Chez le groupe expérimental, la durée ainsi que l'âge au début de la maladie, la présence d'autres problèmes associés à l'état de santé de l'enfant sont des facteurs contrôlés.

En établissant les principales dissemblances exprimées par les deux groupes au niveau des résultats, on observe les faits suivants:

l'importance accordée à chacune des composantes du concept de soi diffère de façon significative vingt fois sur une possibilité de quarante-trois; les différents paliers de perception (centrale, intermédiaire et secondaire) renferment peu de composantes communes parmi les structures, sous-structures et catégories. Ces constatations confirment notre hypothèse du départ voulant qu'il existe des différences à la fois quantitatives et qualitatives dans la nature des concepts de soi entre les enfants diabétiques et les enfants non-diabétiques.

Parmi les autres différences, on note que le concept de soi des enfants diabétiques s'organise principalement autour des perceptions secondaires et à un niveau beaucoup moindre autour des perceptions intermédiaires puis centrales. Les non-diabétiques les répartissent plus uniformément en accordant plus d'importance au niveau intermédiaire pour ensuite passer au secondaire puis central. Chez les deux groupes, les perceptions centrales sont celles qui recueillent le moins de composantes du concept de soi.

On remarque au niveau des ressemblances les caractéristiques suivantes: en général, les courbes des différents profils empruntent les mêmes directions malgré les pourcentages différents; la structure à laquelle on attache le plus d'importance chez les deux groupes est la même (soi personnel); les deux sous-structures recueillant les plus forts pourcentages (image de soi et identité de soi) sont également identiques aux deux groupes et découlent de la structure la plus importante; enfin, le nombre de catégories absentes est à peu près le même soit deux chez les non-diabéti-

ques et trois chez les diabétiques. Sur ces nombres, une seule est identique aux deux groupes, il s'agit de la catégorie actualisation.

Les résultats obtenus chez les diabétiques et le groupe contrôle confirment l'hypothèse (p. 33) voulant qu'il existe des différences à la fois qualitatives et quantitatives au niveau du concept de soi de ces enfants. Si cette hypothèse s'est confirmée lors de l'analyse des résultats, il en va tout autrement pour la seconde hypothèse qui concerne la nature de ces différences. Etant donné l'incidence particulière du diabète sur l'organisme (traitements médicaux et tests quotidiens, régime alimentaire adapté, maladies secondaires, etc.), nous avons cru que les différences les plus marquées entre les deux groupes proviendraient de l'importance accordée aux éléments constitutifs du "somatique" à l'intérieur du concept de soi. L'absence de différence significative à la sous-structure "soi somatique" et à ces catégories correspondantes (condition physique, trait et apparence) infirme une telle hypothèse. Par contre, d'autres structures (soi adaptatif, soi-non-soi), sous-structures (image de soi, valeur de soi, référence à autrui) et catégories (possession d'objets, de personnes, rôle et statut, etc.) dont le lien avec le diabète demeure pour l'instant difficile à établir enregistrent des différences significatives.

Ces résultats peuvent toutefois s'expliquer de bien des façons. L'une d'entre elles réfère au mode de correction du GPS. Ce mode de correction se borne uniquement à évaluer l'importance des éléments constitutifs du concept de soi nonobstant le sens accordé à ces mêmes éléments. Deux groupes peuvent donc concéder une importance équivalente à un

élément donné sans pour autant lui accorder tout à fait la même signification. Par exemple, à la catégorie "condition physique", un groupe d'enfants peut y référer à cinq reprises en faisant allusion à la maladie alors que l'autre groupe peut en faire état le même nombre de fois mais en parlant d'activités physiologiques ("J'ai faim", "J'ai envie", etc.). Ces énoncés sont tous classés dans la même catégorie mais concernent des aspects bien différents de la "condition physique". Dans le cas présent, les enfants diabétiques peuvent donc accorder une importance aussi grande à cette catégorie que les non-diabétiques mais pas forcément dans le même sens ni de la même façon.

Il s'avère également difficile de risquer une interprétation des résultats sans faire état des variables non-contrôlées lors de l'expérimentation. Une évaluation précise du Q.I., du contexte familial, du milieu socio-économique, du rendement (dans le sens de comportement) scolaire et de la psychodynamique de chaque enfant sont des exemples de variables susceptibles d'éclaircir certaines corrélations entre les diabétiques et les non-diabétiques.

Nous ne saurions prétendre que les conclusions de notre recherche s'appliquent à la population totale des enfants diabétiques de 9 à 13 ans. Le petit nombre de sujets de notre échantillon nous interdit une telle généralisation. Enfin, les différences que nous avons déjà mentionnées peuvent à la rigueur s'expliquer de la façon suivante: les travaux de L'Ecuyer ont déjà mis en évidence que le concept de soi évolue avec l'âge en comparant des groupes d'enfants âgés de 3, 5, 8, 12 ans,

etc. Comme notre groupe de diabétiques se compose d'enfants dont l'âge varie de 9 à 13 ans inclusivement, les différences observées peuvent donc s'expliquer par cet écart d'âge. Aussi, il s'avèrerait intéressant de pouvoir constituer un groupe d'enfants diabétiques dont l'âge chronologique ne ferait que varier de plus ou moins six mois comme dans le groupe contrôle. Evidemment, étant donné le nombre restreint de jeunes malades, il s'avère extrêmement difficile de rassembler un échantillon aussi homogène.

Un ensemble de recherches qui saurait mettre en lumière le développement génétique complet des concepts de soi des enfants diabétiques à l'aide d'un même instrument de mesure ouvrirait le champ à de nombreuses possibilités d'investigation. Il serait très intéressant de savoir comment, par rapport aux non-diabétiques, les diabétiques se perçoivent, dans quel sens et à quel rythme se fait chez eux l'évolution du concept de soi.

Appendice A

Le test GPS: Directives et questionnaires

A. Le test GPS

Directives

Après les présentations d'usages et l'établissement du contact, informer le sujet de ce qui est attendu de lui en disant:

J'ai besoin de ton aide pour compléter un travail qui se fait actuellement à l'université. Ce travail est important et toi, si tu le veux bien, tu peux m'aider à le réaliser.
Voici ce que j'aimerais que tu fasses. Tu vas essayer de te décrire toi-même, comme tu te vois, comme tu penses que tu es, peu importe ce que les autres pensent de toi. C'est toi qui va me dire qui tu es en répondant aux questions que je vais te poser tout à l'heure.
Ce travail que tu vas faire, il n'est pas comme les concours ou les examens. Toutes les réponses sont bonnes; c'est ce que tu dis, ce que tu penses, toi, qui EST la bonne réponse.
Sois bien à l'aise. Tu peux dire tout ce que tu veux. Ce que tu vas dire ne sera pas répété à tes parents, à tes professeurs ou au directeur de l'école (adapter selon les groupes de sujets). C'est un secret entre toi et moi.
Tu peux prendre tout le temps que tu veux pour me dire toutes ces choses. Ce n'est pas minuté. N'oublie pas! Aux questions qui te seront posées, tu essaies de me dire le plus de choses possibles de toi. Ce peut être un peu difficile, mais je suis sûr que tu es capable d'y arriver en y pensant bien.

Demander ensuite s'il y a des questions, mais y répondre de manière à ne donner aucune suggestion pour les réponses que les sujets auront à formuler. Il faut se contenter la plupart du temps de ne répéter que l'essentiel de la consigne. A des remarques aussi directes que:

- Qu'est-ce que je peux dire de moi?
- Comment est-ce que je peux faire pour me décrire?

-- Je n'ai rien à dire de moi...

L'examineur peut répondre:

Je ne te connais pas du tout. Alors tu essaies de me dire le plus de choses de toi, ce qui te vient à l'esprit et qui fait partie de toi. Si tu fais cela du mieux que tu peux, alors j'arriverai certainement à te connaître un peu, à savoir un peu qui tu es.

A d'autres questions telles que:

-- Est-ce que je dois répondre qui je suis dans le passé, le présent et l'avenir?

-- Est-ce qu'il faut que je dise mes qualités, mes défauts, mes goûts, mes intérêts...?

L'examineur doit répondre de façon très générale, comme ceci par exemple:

C'est comme tu veux. Tu es tout à fait libre de dire ce que tu veux; c'est toi qui décides de tout cela. Tout ce que tu diras est bon pourvu que c'est bien de toi que tu parles et que tu le penses vraiment.

Noter les questions que peuvent poser les sujets de même que leurs réactions (enthousiasme, confusion, doute de ne pouvoir réaliser cette tâche, etc.).

Passer ensuite au questionnaire en lisant la première question lentement après s'être assuré de l'attention de l'enfant. Encourager constamment celui-ci à poursuivre et à préciser sa pensée en évitant soigneusement l'utilisation d'interventions susceptibles de suggérer ou de faire penser à l'enfant d'aborder tel ou tel aspect de son champ expérimentiel.

Noter verbatim les réponses de l'enfant.

Questionnaire

La première question à laquelle tu dois essayer de répondre est celle-ci:

1- Qui es-tu?

Pour y arriver plus facilement, essaie de te décrire toi-même, tel que tu es, tel que tu te vois, peu importe ce qu'en pensent les autres. Dis-en le plus possible, même si cela peut être difficile.

Noter les réponses verbatim. Quand l'enfant semble avoir terminé, lire la seconde question:

2- Tu viens de me dire beaucoup de choses importantes à ton sujet parce qu'elles te décrivent bien. Parmi tout ce que tu viens de me dire, essaie de préciser en quelques mots ce qui est le plus important pour toi, ce qui te tient le plus à coeur.

Noter les réponses verbatim.

B. Le test GPS: Retest

Directives

Quand l'examineur revoit l'enfant en situation de retest, il lui dit ceci:

Je te remercie de l'excellente collaboration que tu m'as donnée lorsque je t'ai rencontré la première fois. Le travail que je fais exige que je te vois à deux reprises. J'ai donc encore besoin de ton aide aujourd'hui. Comme tu le remarqueras, ce que nous allons faire aujourd'hui ressemble beaucoup à ce que tu as fait la première fois. Cela ne fait rien. Tu n'as simplement qu'à faire comme si c'était la première fois que je te voyais, comme si je ne t'avais jamais rencontré auparavant.

Ceci dit, l'examineur donne exactement les mêmes directives que celles énoncées à la partie A. Aux différentes inquiétudes que l'enfant peut manifester telles que:

- C'est la même chose que l'autre fois!
- J'ai déjà fait cela!
- Faut-il que je répète la même chose?
- Ce n'était pas bon l'autre fois? Faut-il que je dise autre chose?

l'examineur doit se limiter à réfléchir le sentiment éprouvé (feeling) et rappeler (parfois avec une légère insistance) la dernière partie de la consigne précisant qu'il n'a pas à se préoccuper de la première rencontre et de simplement répondre aux questions comme si c'était la première fois.

Questionnaire

La formulation des questions est identique à la description rapportée à la partie A.

C. Le test GPS: Test des limites

Aux enfants qui ont passé le test (Questions 1 et 2), ces questions plus directes sont ensuite posées:

- Des petits garçons (ou petites filles) m'ont parlé de leur apparence... de leur corps... Est-ce que tu crois que c'est suffisamment important chez toi pour m'en parler également?
- Il y en a qui me parlent de leurs maladies et de leur santé...
- Des petits garçons (ou petites filles) m'ont parlé des différentes choses qu'ils avaient. Est-ce qu'il y a de ces choses importantes pour toi et dont tu aimerais me parler?

- Il y en a qui m'ont parlé des différentes personnes qu'ils aimaient...
- Il y en a qui m'ont parlé de ce qu'ils aimeraient faire plus tard... ou de ce qu'ils aimeraient avoir...
- Il y a des petits garçons (ou petites filles) qui m'ont parlé de leurs qualités et aussi de leurs petits défauts...
- Il y en a qui me parlent de leurs jeux et des autres choses qu'ils font...
- Il y a des petits garçons (ou petites filles) qui m'ont parlé de leurs peines... de leurs joies...
- Est-ce qu'il y a des personnes qui t'ont donné des responsabilités... qui t'ont chargé de faire des choses spéciales?
- Il y a des enfants qui m'ont dit que parfois ils étaient contents d'eux-mêmes et que parfois ils n'étaient pas contents d'eux-mêmes...
- Quelques-uns me disent qu'ils font, ou ne font pas, ce que les autres leur demandent... ou que parfois ils sont embarrassés quand ils doivent décider de quelque chose...
- Est-ce qu'il t'arrive de penser aux autres... de te faire des amis? Et qu'est-ce qui se passe avec tes amis?
- Il y a des petits garçons (ou petites filles) qui m'ont dit qu'ils avaient des filles (ou des garçons) parmi leurs amis(ies)...
- Peux-tu me dire d'autres choses qui m'aideraient à te connaître de façon encore plus précise? (L'Ecuyer, 1975, p. 298)

Appendice B

Caractéristiques des sujets-diabétiques

Tableau 8
Caractéristiques des sujets diabétiques

Sujet	Sexe	Age chronologique*	Age au début du diabète	Durée de la maladie
1	F	9'	5'6"	3'6"
2	F	9'	7'	2'
3	F	9'4"	8'	1'4"
4	G	9'4"	1'6"	7'10"
5	F	9'6"	5'	4'6"
6	G	9'9"	3'	6'9"
7	F	10'2"	9'	1'2"
8	F	10'4"	9'	1'4"
9	G	10'7"	5'	5'7"
10	G	10'11"	4'	6'11"
11	G	11'	10'	1'
12	G	11'10"	10'	1'10"
13	G	11'10"	10'	1'10"
14	F	11'11"	5'6"	6'5"
15	F	12'1"	5'	7'1"
16	F	12'2"	10'	2'2"
17	F	12'5"	7'	5'5"
18	F	12'6"	11'	1'6"
19	G	12'6"	4'	8'6"
20	G	12'11"	6'	6'11"
21	G	13'	3'	10'
22	F	13'	11'	2'
23	F	13'6"	7'	6'6"
24	F	13'6"	7'	6'6"
		M**= 11'4"	M***= 4'5"	

*: par exemple, 9'4" se lit 9 ans et 4 mois
 **: moyenne d'âge
 ***: Durée moyenne de la maladie

Remerciements

L'auteur désire adresser des remerciements à son directeur de thèse, Monsieur André Cloutier, M.A., professeur, pour le soutien qu'il lui a fourni et les conseils judicieux qui ont permis la réalisation de ce travail.

Références

- ALLPORT, G.A. (1955). Becoming. New Haven: Yale University Press.
- APPELBOOM-FONDU, J., VERSTRAETEN, F., VAN LOO-REYNAERS, J. (1979). Comparative study of psychological aspects between diabetic and hemophilic children, in Z. Laron (Ed.): Psychological aspects of balance of diabetes in juveniles. Pediatric and adolescent endocrinology. Vol. 3, Tel-Aviv: Karger.
- BAKER, L., MINUCHIN, S., MILMAN, L., LEIBMAN, R., TODD, T. (1975). Psychosomatic aspects of juvenile diabetes mellitus: A progress report, in Z. Laron (Ed.): Diabetes in juveniles: medical and rehabilitation aspects. Vol. 12 of Modern problems in pediatrics. Tel-Aviv: Karger.
- BAUGHMAN, E.E., WELSH, G.S. (1962). Personality: a behavioral science. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BEAUDOIN, J.R. (1974). La perception de soi des personnes âgées de 65 ans. Mémoire inédit de maîtrise. Université de Sherbrooke.
- BITNER, J.A.M. (1972). Diabetes, self concept, and a encounter group: a pilot using study phenomenological analysis and the Tennessee self concept scale. Dissertation abstract international, 33, 1264. (Résumé).
- BLEGER, G. (1963). Le développement mental et psycho-affectif et l'E.E.G. du jeune diabétique. Le diabète, 7, 294-317.
- BOISSEAU, J. (1971). Les perceptions conscientes de soi chez les déficients mentaux éduçables de douze ans. Mémoire inédit de maîtrise. Université de Sherbrooke.
- BORING, E.G. (1950). A history of experimental psychology. (2e ed. rev.). New York: Appleton.
- BRUCH, H. (1949). Physiological and psychological interrelationship in diabetes in children. Psychosomatic medicine, 11, 200-210.
- BUGENTAL, J.F.T., ZELEN, S.L. (1950). Investigations into the "self-concept", I: The W-A-Y technique. Journal of personality, 18, 483-498.
- BUGENTAL, J.F.T. (1965). The search for authenticity. New York: Holt.
- CERKONEY, K.A., HART, L.K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. Diabetes care, 3, 594-598.

- COMBS, A.W., SNYGG, D. (1959). Individual behavior: a perceptual approach to behavior (2e ed. rev.). New York: Harper.
- COMBS, A.W., SOPER, D.W., COURSON, C.C. (1963). The measurement of self concept and self report. Educational and psychological measurement, 23, 493-500.
- COOLEY, C.H. (1902). The social self: on the meanings of "I", in C. Gordon, K.J. Gergen (Ed.): The self in social interaction. Vol. I: Classic and contemporary perspectives (p. 87-91). New York, Wiley, 1968.
- COOPERSMITH, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.
- CROWELL, D.M. (1953). Personality and physical disease: a test of the Dumbor Hypothesis. Genetic psychology monographs, 48, 117.
- COUSSAERT, A. (1974). Recherches concernant la personnalité de l'enfant diabétique. Les problématiques posées étaient-elles solubles? Bulletin de psychologie, 27, 446-459.
- DELBRIDGE, L. (1975). Educational and psychological factors in the management of diabetes in childhood. Medical journal of Australia, 2, 737-739.
- DUMBAR, F. (1948). Psychosomatic diagnosis. New York: Paul B. Hoeber Inc.
- DUMBAR, F. (1954). Emotions and bodily changes. New York: Columbia University Press.
- ERICKSON, E.H. (1968). Identity: youth and crisis. New York: Norton.
- ERICKSON, E.H. (1976). Enfance et société. Paris: Delachaux et Niestlé.
- FALLSTROM, K. (1974). On the personality structure in diabetic school children. Acta paediatrica scandinavica supplement, 251, 330-342.
- FALSTEIN, E.I., JUDAS, J. (1955). Juvenile diabetes and its psychiatric implications. American journal of orthopsychiatry, 25, 330-342.
- FISHER, S., CLEVELAND, S.E. (1968). Body image and personality (2e ed. rev.). New York: Dover.
- FITTS, W.H. (1965). Tennessee self concept scale, Manual. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings and Tests.
- FRAISSE, P. (1967). La méthode expérimentale, in P. Fraisse, J. Piaget (Ed.): Traité de psychologie expérimentale, fasc. I: Histoire et méthode (2e éd. rev.) p. 71-120). Paris: Presses Universitaires de France.
- FREUD, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children, in The psychoanalytic study of the child. New York: International Universities Press Inc., 7, 69-81.
- GALATZER, A., FRISH, M., LARON, Z. (1977). Changes in self concept and feelings towards diabetic adolescents, in Z. Laron (Ed.): Psychological aspects of balance of diabetes in juveniles. Pediatric and adolescent endocrinology. Vol. 3. Tel-Aviv: Karger.

- GARNER, A., THOMPSON, C. (1978). Juvenile diabetes, in P.R. Magrab (Ed.): Psychological management of pediatric problems. Baltimore: University Park Press, 1, 221-258.
- GENDLIN, E.T. (1964). Une théorie du changement de la personnalité. Montréal: Centre interdisciplinaire de Montréal, 1964.
- GERVAIS, C. (1972). Les perceptions conscientes de soi chez les adolescents normaux de quinze ans. Thèse inédite de licence en psychologie. Université de Sherbrooke.
- GILLUM, R.F., BARSKY, A. (1974). Diagnosis and management of patient non-compliance. Journal of american medical association, 228, 1563-1567.
- GORDON, C. (1968). Self conceptions: configurations of content, in C. Gordon et K.J. Gergen (Ed.): The self in social interaction, Vol. I: Classic and contemporary perspectives (p. 115-136), New York: Wiley.
- GROSSACK, M.M. (1960). "The Who am I test". Journal of social psychology, 51, 399-402.
- HAMACHEK, D.E. (Ed.) (1965). The self in growth, teaching and learning. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- HOFFMAN, R.G., GUTHRIE, D., SPEELMAN, D., CHILDS, L. (1982). Self-concept changes in diabetic adolescents, in Z. Laron (Ed.): Psychological aspects of diabetes in children and adolescents. Pediatric and adolescent endocrinology. Vol. 10, (p. 32-38). Tel-Aviv: Karger.
- ISENBERG, P.L., BARNETT, D.M. (1965). Psychological problems in diabetes mellitus. Medical clinics of North America, 49, 1125-1136.
- JAMES, W. (1890). Principles of psychology. New York: Dover, 1950.
- JERSILD, A. (1952). In search of self. New York: Teachers College Press, Columbia University (6e impression, 1968).
- JOHNSON, S.B. (1980). Psychosocial factors in juvenile diabetes: a review. Journal of behavioral medicine, 3, 95-116.
- KASIN, E., PARKER, S. (1942). Schizophrenia and diabetes. American journal of psychiatry, 99, 793.
- KOSKI, M.L. (1969). The coping processes in childhood diabetes. Acta paediatrica scandinavica supplement, 198, 7-56.
- KRAVITZ, A., ISENBERG, P., SHORE, M., BARNETT, D. (1971). Emotional factors in diabetes mellitus, in A. Marble (Ed.): Joslin's diabetes. Philadelphia: Lea and Febinger.

- KUHN, M.H., Mc PARTLAND, T.S. (1954). An empirical investigation in self-attitudes. American sociological review, 19, 68-76.
- LARKIN, J. (1975). A comparison of the self concept of adult diabetic and myocardial infarction patients with the general adult population: an exploratory study. Unpublished masters thesis, Bloomington.
- LARON, Z., KARP, M., FRANKEL, J.J. (1972). A study of the rehabilitation of juvenile and adolescent diabetics in the central region of Israel. Final report, Israel: Petach-Tiqva, Israel.
- LECKY, P. (1945). Self consistency: a theory of personality. New York: Shoe String Press, 1961.
- L'ECUYER, R. (1975). La genèse du concept de soi: théorie et recherches. Les transformations des perceptions de soi chez les enfants âgés de trois, cinq et huit ans. Sherbrooke: Editions Naaman.
- L'ECUYER, R. (1978). Le concept de soi. Paris: Presses Universitaires de France.
- MASLOW, A.H. (1961). Existential psychology: what's is it for us, in R. May (Ed.): Existential psychology (p. 49-57), New York: Randon House.
- MCCRAW R., TUMA, J. (1977). Rorschach concent categories of juvenile diabetes. Psychological reports, 40, 818.
- MEAD, G.H. (1934). L'esprit, le soi et la société. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.
- MENNINGER, W.C. (1935). The interrelationship of mental disorders and diabetes inellitus. Journal of mental science, 81, 332-357.
- NEWMAN, J. (1963). Psychological problems of children and youth with chronic medical disorders, in W.M. Cruickshank (Ed.): Psychology of exceptional children and youth. Englewood Cliffs, N.J.: 381-432.
- OLATAWURA, M. (1972). The psychiatric complications of diabetes in children. American journal of medical science, 12, 187-194.
- PARADIS, D. (1969). Les perceptions de soi chez les adolescents de quinze ans. Thèse de licence inédite. Université de Sherbrooke.
- PATTERSON, C.H. (1961). The self in recent rogerian theory. Psychologia japanis, 4, 156-162.
- PERRON, R. (1964). La genèse de la représentation de soi. Enfance, 4-5, 357-376.
- RODRIGUEZ TOME, H. (1972). Le moi et l'autre dans la conscience de l'adolescent. Paris: Delachaux & Niestlé.

- ROGERS, C.R., KINGER, M. (1962). Psychothérapie et relations humaines. (3e éd. rev.) Louvain: Publication universitaire.
- ROGERS, C.R. (1951). Client-centered therapy; it's current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. (1961). On becoming a person. New York: Houghton.
- ROSEN, J., LIDZ, T. (1949). Emotional factors in precipitation of recurrent diabetic acidosis. Psychosomatic medicine, 11, 211-220.
- ROSENBERG, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- ROSENBLOOM, A. (1978). The adolescent and young adult with diabetes mellitus, in I. Shenker (Ed.): Topics in adolescent medicine. New York: Stratton Intercontinental Medical Book Corporation.
- RUSSELL, B. (1972). Investigation of scores on the Tennessee Self-Concept Scale among diabetic and chronic heart patients. Unpublished masters thesis, Bloomington.
- SAYED, A.J., LEAVERTON, D.R. (1974). Kinetic-family-drawings of children with diabetes. Child psychiatry and human development, 5, 40-50.
- SIEGEL, S. (1956). Non-parametric statistics. New York: Mc Graw Hill.
- STARR, P.H. (1955). Psychosomatic considerations of diabetes in childhood. Journal of nervous and mental disease, 121, 493-496.
- STEIN, S.P., CHARLES, E. (1971). Emotional factors in juvenile diabetes mellitus: a study of early life experience of adolescent diabetics. American journal of psychiatry, 128, 700-704.
- STEINHAUSER, H., BORNER, S., KOEPP, P. (1977). The personality of juvenile diabetics, in Z. Laron (Ed.): Pediatric and adolescent endocrinology. Vol. 3, Tel-Aviv: Karger.
- STERKY, G. (1963). Family background and state of mental health in a group of diabetic school children. Acta paediatrica, 52, 377-390.
- SULLIVAN, B.J. (1978). Self-esteem and depression in adolescent diabetic girls. Diabetes Care, 1, 18-22.
- SUPER, D.E. (1963). Self concepts in vocational development, in D.E. Super et al. (Ed.): Career development: self-concept theory (p. 1-16), New York: College Entrance Examination Board.
- SWEELY, H.D. (1970). The effect of the male elementary school teacher or children's self-concepts. Dissertation abstract international, 31, 1090.
- SWIFT, C.R., SEIDMAN, F., STEIN, H. (1967). Adjustment problems in juvenile diabetes. Psychosomatic medicine, 29, 555-571.

- TAVORMINA, J.B., KASTNER, L.S., SLATER, P.M., WATT, S.L. (1976). Chronically ill children: a psychologically and emotionally deviant population. Journal abnorm. chil psycho..., 4, 99-110.
- TREUTING, T.F. (1962). The role of emotional factors in the etiology and course of diabetes mellitus: a review of the recent literature. American journal of medical science, 244, 93-109.
- TURNER, R.H. (1968). The self-conception in social interaction, in C. Gordon et K.J. Gargen (Ed.): The self in social interaction, Vol. I, Classic and Contemporary perspectives (p. 94 et 99), New York: Wiley.
- WATKINS, J.D., WILLIAMS, F., MARTIN, D.A., HOGAN, M.D., ANDERSON, E. (1967). A study of diabetic patients at home. American journal of public health, 57, 452-459.
- WYLIE, Ruth C. (1961). The self concept. Lincoln: University of Nebraska Press.
- WYLIE, R. (1974). The self-concept, vol. I: A review of methodological considerations and measuring instruments (2e ed. rev.). Lincoln: University of Nebraska Press.
- ZILLER, R. (1973). The social self. New York: Pergamon Press.