

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LOUISE ROBERGE

L'ESTIME DE SOI DES ENFANTS DIABÉTIQUES

ÂGÉS DE 8 à 12 ANS

JUIN 1981

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.



Université du Québec à Trois-Rivières

## Fiche-résumé de travail de recherche de 2e cycle

- Mémoire  
 Rapport de recherche  
 Rapport de stage

Nom du candidat: Louise Roberge

Diplôme postulé: Maîtrise es arts (Psychologie)

Nom du directeur

de recherche: Monsieur Bertrand Roy

Nom du co-directeur

de recherche (s'il y a lieu): Monsieur Richard Hould

Titre du travail

de recherche: L'estime de soi des enfants diabétiques âgés de 8 à 12 ans.

## Résumé:\*

Cette recherche étudie l'estime de soi des enfants diabétiques âgés de 8 à 12 ans. Elle a pour but de vérifier si l'estime de soi des jeunes atteints de cette maladie chronique est plus faible que celle des enfants dits normaux.

Un groupe composé de 19 enfants diabétiques est comparé à un groupe contrôle d'enfants dits normaux. Les deux groupes sont pairés de façon à assurer leur équivalence sur les différents facteurs suivants: structure familiale des sujets, résultats scolaires, niveau socio-économique, âge et sexe. Ceci permet d'isoler la variable "diabète" comme source de changement de l'estime de soi.

L'instrument de mesure utilisé est le questionnaire Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant construit par Jodoin en 1976. L'estime de soi est mesurée à partir des quatre facteurs suivants: les relations avec les parents, certaines caractéristiques personnelles du sujet, l'expérience à l'école et les relations avec les pairs.

Une analyse d'item est faite afin de s'assurer de la validité de l'instrument de mesure utilisé. Le questionnaire est administré à 122 enfants âgés de 8 à 12 ans qui fréquentent des classes régulières. Les résultats de l'analyse révèlent des qualités intéressantes qui justifient l'emploi du questionnaire dans cette recherche.

Une analyse de variance est faite sur les résultats obtenus par le groupe expérimental et le groupe contrôle. L'analyse montre que les enfants diabétiques ont une estime de soi équivalente à celle des enfants dits normaux.

Cette conclusion contredit de nombreux écrits théoriques (Dimock, 1959; Ack et al., 1961; Diller, 1965; Freud, 1976) et plusieurs recherches empiriques sur la question (Swift, 1967, Kaufman et Herscher, 1971; Fallström, 1974). La discussion montre que ces travaux s'appuient sur des postulats inspirés de la psy-

chanalyse, à savoir la primauté des expériences corporelles dans la personnalité et la prépondérance de l'image corporelle dans le concept de soi. Ces travaux considèrent en effet qu'une détérioration corporelle et une image corporelle négative suffisent pour entraîner une estime de soi globale faible.

Plusieurs données empiriques disponibles, dont les résultats de cette recherche, remettent aujourd'hui en question cette façon de poser le problème et suggèrent de nouvelles pistes de recherche (Wright, 1960; L'Ecuyer, 1975, 1978a, 1978b; Simonds, 1977, 1979).

Il s'avère en effet important de tenir compte de tous les aspects du concept de soi et notamment des dimensions centrales à l'âge des sujets étudiés. La dimension corporelle n'est qu'un aspect parmi tant d'autres dans l'étude de l'estime de soi des enfants diabétiques. Puisque plusieurs facteurs méritent d'être considérés, une question fondamentale se soulève: comment l'estime de soi globale est-elle formée ou, en d'autres mots, comment les différents jugements de valeur sont-ils reliés entre eux?

*Louise Roberge*

Signature du candidat

Date: 23 juin 1981.

*Bertrand Ray*

Signature du directeur de recherche

Date: 29 juin 1981

*Richard Gould*

Signature du co-directeur (s'il y a lieu)

Date: 30 juin 1981

Signature du co-auteur (s'il y a lieu)

Date:

Table des matières

Introduction .....	1
Chapitre premier - Contexte théorique .....	4
Chapitre II - Déroulement de l'expérience .....	36
Instrument de mesure .....	37
Déroulement de l'expérimentation .....	38
Groupe expérimental .....	39
Groupe contrôle .....	42
Comparaison du groupe contrôle et du groupe expérimental .....	50
Traitement des résultats .....	50
Chapitre III - L'instrument de mesure .....	54
Vérification linguistique .....	58
Parachèvement du questionnaire .....	60
Analyse d'item .....	63
Chapitre IV - Résultats .....	72
Présentation et analyse des résultats .....	73
Discussion .....	79
Conclusion .....	101
Appendice A - Questionnaire utilisé auprès des parents des enfants diabétiques .....	107

Table des matières (suite)

Appendice B - Forme originale du questionnaire "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" .....	112
Appendice C - Version modifiée du questionnaire "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" utilisée pour l'analyse d'item ....	117
Appendice D - Questionnaire utilisé auprès des parents pour l'analyse d'item .....	125
Appendice E - Tableaux descriptifs de la population selon les variables contrôlées .....	129
Appendice F - Corrélations tétrachoriques (item-item) .....	135
Appendice G - Corrélations bisérialles (item-échelle) .....	140
Appendice H - Version modifiée du questionnaire "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" utilisée dans la présente recherche	145
Appendice I - Scores individuels obtenus par les sujets du groupe expérimental et du groupe contrôle au questionnaire .....	152
Remerciements .....	154
Références .....	155

Table des illustrations

Tableau 1 - Caractéristiques des sujets composant le groupe expérimental .....	43
Tableau 2 - Comparaison des sujets du groupe contrôle et du groupe expérimental .....	51
Tableau 3 - Comparaison des résultats obtenus par le groupe d'enfants diabétiques et le groupe contrôle aux différentes échelles du questionnaire de Jodoïn .....	75
Tableau 4 - Répartition des familles selon le nombre d'enfants ...	130
Tableau 5 - Répartition des sujets selon le rang familial .....	131
Tableau 6 - Répartition des familles selon leur catégorie de revenu	132
Tableau 7 - Répartition de l'échantillon selon le degré académique des enfants .....	133
Tableau 8 - Répartition des résultats scolaires de l'échantillon .	134
Tableau 9 - Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" à la catégorie "Parents" .....	136
Tableau 10 - Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" à la catégorie "Sujet" .....	137
Tableau 11 - Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" à la catégorie "Ecole" .....	138
Tableau 12 - Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant" à la catégorie "Pairs" .....	139
Tableau 13 - Corrélations bisérialles item-catégorie "parent" .....	141
Tableau 14 - Corrélations bisérialles item-catégorie "sujet" .....	142
Tableau 15 - Corrélations bisérialles item-catégorie "école" .....	143
Tableau 16 - Corrélations bisérialles item-catégorie "pairs" .....	144
Tableau 17 - Scores obtenus par les sujets du groupe expérimental et du groupe contrôle au questionnaire de S. Jodoïn .....	153



Table des illustrations (suite)

Figure 1 - Organisation interne des éléments constitutifs du concept de soi .....	10
Figure 2 - Distribution des sujets ayant participé à l'analyse d'item selon le nombre d'item laissés sans réponse par questionnaire .....	66

## Introduction

Au cours des dernières années, de nombreux écrivains et chercheurs se sont intéressés à l'étude du concept de soi. A ce sujet, il y a lieu de souligner l'importance des travaux de L'Ecuyer (1975) et de Wells et Marwell (1976).

Cette vague d'intérêt s'explique par la popularité de l'approche perceptuelle (Wylie, 1961). Ce courant de pensée postule en effet que la perception qu'un individu a de lui-même est un facteur central influençant son comportement (St-Arnaud, 1974). Parmi les différentes dimensions du concept de soi, l'estime de soi, c'est-à-dire le sentiment de valeur personnelle, semble avoir une importance cruciale (Fitts et al., 1971; Gergen, 1971; Wells et Marwell, 1976). L'étude de la genèse de l'estime de soi, et des conditions reliées au développement d'une estime de soi positive ou négative, présente donc un intérêt certain.

Dans ce contexte, la maladie chronique infantile est un facteur qui retient l'attention. Ce type de maladie entraîne des exigences et des limites importantes dans la vie quotidienne de l'enfant. De plus, il n'y a pas de guérison possible: le fonctionnement du corps est affecté durant toute la vie (Abram, 1972). La question suivante se pose: est-ce que les enfants malades chroniques réussissent tout de même à développer une estime de soi positive? La présente recherche tente de répondre à

cette question en étudiant l'estime de soi d'enfants atteints d'une maladie chronique spécifique: le diabète.

Ce mémoire rend compte des principales étapes d'une recherche faite sur ce sujet. Tout d'abord, le contexte théorique définit l'estime de soi et tente de situer cette notion par rapport au concept de soi. Ce chapitre informe aussi sur le diabète et rend compte des écrits et des recherches pertinentes au problème posé.

Le chapitre deux décrit la procédure utilisée. Des enfants diabétiques âgés de 8 à 12 ans sont comparés à un groupe témoin d'enfants dits normaux. Les sujets des deux groupes correspondent entre eux sous de nombreux aspects de façon à isoler le plus possible le diabète comme source de changement de l'estime de soi.

Le chapitre suivant porte exclusivement sur l'instrument choisi: Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant de Suzanne Jodoin-Dagenais. Il décrit le travail réalisé pour s'assurer de la validité du questionnaire. La partie la plus importante de ce travail consiste en une analyse d'item.

Finalement le dernier chapitre analyse et interprète les résultats et discute ceux-ci à la lumière des recherches précédentes.

Chapitre premier

Contexte théorique

L'objet de cette recherche, l'estime de soi des enfants diabétiques, réfère à une problématique plus large: l'impact psychologique de la maladie chronique chez les enfants. En considérant ce cadre de référence, deux facteurs retiennent l'attention: la position de la psychanalyse sur cette question et l'importance du fait que l'enfant malade soit essentiellement un être en développement.

En étudiant l'impact de la maladie chronique chez les enfants, il est important, en effet, de garder en tête que ces derniers sont essentiellement des êtres en développement. Au plan psychologique, la croissance de l'enfant se caractérise par des tâches et des habiletés nouvelles à maîtriser, par de nombreux défis à relever et par des conflits affectifs à résoudre (Erikson, 1959; Mussen et al., 1974). Dans ce contexte, la maladie chronique constitue pour l'enfant un stress important, permanent et quotidien venant s'ajouter aux tensions inhérentes au développement normal de la personnalité (Garrard et Richmond, 1963).

L'influence du développement se fait aussi sentir à un autre niveau. A chaque nouvelle étape de sa vie, l'enfant doit réussir une adaptation différente à sa maladie compte tenu du nouveau contexte personnel et social où il se situe (Tarnow et Tomlinson, 1978). L'adaptation à la maladie n'est donc jamais définitive pour l'enfant.

Après avoir souligné l'influence du développement, il est important de mentionner la position de la psychanalyse concernant l'impact psychologique de la maladie chronique chez les enfants.

La théorie psychanalytique accorde une importance centrale au rôle joué par les expériences corporelles dans le développement de la personnalité (L'Ecuyer, 1978a). Adoptant ce postulat de base, ce courant de pensée affirme que la maladie influence en profondeur et de façon nuisible le développement ultérieur de la personnalité (Freud, 1976).

L'enfant ressent la maladie comme une punition faisant suite aux différents gestes ou sentiments dont il se sent coupable. La maladie confronte l'enfant à un élément de réalité extérieure confirmant ses angoisses de castration et de mort.

La théorie psychanalytique réfère à l'impact de la maladie chronique sur le développement de la personnalité globale. Cette recherche porte toutefois sur une dimension spécifique de la personnalité: l'estime de soi. Il s'agit maintenant de bien définir ce concept avant d'aller plus loin. Suite à cette définition, quelques éléments concernant le développement de l'estime de soi sont présentés. Ce dernier aspect est important à considérer compte tenu de l'influence du développement mentionné plus haut.

#### Définition de l'estime de soi

Selon Coopersmith (1967), l'estime de soi correspond à une attitude d'approbation ou de désapprobation à l'égard de soi-même. C'est ...

"l'évaluation qu'un individu fait et maintient généralement à l'égard de lui-même. Le "self-esteem"... indique jusqu'à quel point l'individu se voit lui-même comme capable, important, estimable et apte à réussir"\*

Les définitions apportées par L'Ecuyer (1975) et Jodoin (1976) vont dans le même sens. Selon L'Ecuyer, l'estime de soi correspond aux réactions d'évaluation que l'individu présente face aux perceptions qu'il a de lui-même. L'estime de soi réfère donc aux jugements favorables ou défavorables à l'égard de soi. Quant à Jodoin (1976), elle présente l'estime de soi comme étant un jugement de valeur que la personne porte sur son être.

Wells et Marwell (1976) eux aussi soulignent l'aspect évaluatif caractérisant l'estime de soi. Ils y ajoutent cependant une dimension affective: l'estime de soi correspond aussi aux réactions émotives accompagnant l'évaluation posée.

Les auteurs consultés s'accordent donc tous à dire que l'estime de soi correspond à l'évaluation faite par l'individu à l'égard de lui-même. Cette définition laisse une question importante en suspens: comment l'estime de soi est-elle reliée au concept plus large auquel elle réfère, c'est-à-dire au concept de soi? Ce dernier se définit comme étant l'organisation complexe de l'ensemble des perceptions qu'un individu a de lui-même (L'Ecuyer, 1975). Cette question est pourtant primordiale. Il est en

---

\* Traduction faite par Jodoin, 1976, p. 6-7.



effet impossible de cerner les processus par lesquels l'estime de soi opère sans tenir compte du cadre théorique qui l'entoure (Wells et Marwell, 1976).

Coopersmith (1967) apporte quelques informations sur l'articulation dynamique de l'estime de soi au concept de soi. Il écrit que le jugement de valeur porte sur le "self" ou le concept de soi. Ces deux derniers termes, selon l'auteur, désignent une même réalité: l'abstraction qu'une personne construit au sujet d'elle-même à partir des caractéristiques, des capacités, des possessions et des activités qu'elle perçoit avoir. L'auteur précise la nature du concept de soi en lui prêtant un caractère multidimensionnel correspondant aux nombreuses facettes de la personne qu'il symbolise. Selon Coopersmith, l'estime de soi varie en fonction des divers champs d'expérience. Un individu aurait donc différents sentiments d'estime de soi reliés à des caractéristiques spécifiques de sa personne. L'estime de soi globale correspond, quant à elle, à l'évaluation générale découlant des différents jugements posés.

La position de Jodoin (1976) diffère de celle de Coopersmith sur l'aspect suivant. Le jugement de valeur porte sur le "self" et non pas sur le concept de soi. Selon Jodoin (1976), le "self" réfère à l'être entier tandis que le concept de soi désigne l'image projetée du "self". Cette articulation dynamique postulée par Jodoin s'inspire principalement des écrits de Yamamoto (1972). Jodoin (1976) partage toutefois l'avis de Coopersmith sur la question suivante. L'estime de soi

générale semble toutefois influencer de façon à faire converger entre eux les différents jugements de valeur spécifiques.

Les écrits de L'Ecuyer (1975) sont beaucoup plus explicites. L'auteur présente en effet un modèle clair de l'organisation interne du concept de soi et des principes régissant cette structure. Selon L'Ecuyer, le concept de soi consiste en une structure d'ensemble multi-dimensionnelle caractérisant les multiples facettes de la personne,

"...puisant au sein même de l'expérience directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par l'individu". (p. 31)

Le concept de soi s'articule en trois paliers successifs. Un premier se compose de quelques structures fondamentales délimitant les grandes régions du concept de soi. Chacune de ces structures se divise en sous-structures recouvrant des portions plus limitées du soi qui se fractionnent à leur tour en catégories.

La figure 1, présente en détail l'organisation interne des éléments constitutifs du concept de soi.

L'estime de soi selon le modèle élaboré par L'Ecuyer correspond à la sous-structure valeur de soi. Elle est en fait une sorte de méta-dimension traversant l'ensemble des structures puisque "... chacun des aspects du concept de soi peut prendre une valeur positive ou négative" (L'Ecuyer, 1975, p. 51). L'Ecuyer rejoint ici l'hypothèse de Coopersmith sur l'existence d'une estime de soi globale et de sentiments d'estime de soi spécifiques.

Structures	Sous-structures	Catégories
Soi matériel	Soi somatique	traits et apparence condition physique et santé
	Soi possessif	possession d'objets possession de personnes
Soi personnel	Image de soi	aspirations énumération d'activités sentiments et émotions goûts et intérêts capacités et aptitudes qualités et défauts
	Identité de soi	dénominations simples rôle et statut consistance
Soi adaptatif	Valeur de soi	compétence valeur personnelle
	Activité du soi	conformité autonomie ambivalence dépendance
Soi social	Préoccupations et activités sociales	réceptivité domination
	Référence à l'autre sexe	nil
Soi non soi	Nil	nil

Fig. 1 - Organisation interne des éléments constitutifs du concept de soi\*.

\* tiré de L'Ecuyer (1975) p. 33

L'Ecuyer (1975) postule qu'il existe une organisation hiérarchique à l'intérieur du concept de soi: certains constituants sont des éléments dominants (perceptions centrales), d'autres sont des éléments de moindre importance (perceptions secondaires). Ce postulat s'appuie sur les écrits de nombreux auteurs relevés par L'Ecuyer (Rogers, 1951; Anderson, 1952; Sarbin, 1952, 1954; Staines, 1954, 1958; Allport, 1955, 1961; Combs et Snygg, 1959). L'Ecuyer cite d'ailleurs les résultats de quelques recherches confirmant ce postulat (Bugental et al., 1950, 1955; Jersild, 1952; L'Ecuyer, 1975).

La comparaison des différents points de vue mentionnés plus haut soulève plusieurs ambiguïtés. Il y a d'abord confusion entre le soi, ou "self", et le concept de soi. Pour certains, ces termes sont équivalents et l'estime de soi porte alors indifféremment sur le soi ou sur le concept de soi (Coopersmith, 1967; L'Ecuyer, 1975). Jodoin (1976), quant à elle, les distingue et estime que le jugement de valeur porte sur le soi et non pas sur le concept de soi.

Ces confusions de termes sont les indices d'ambiguïtés importantes quant à la nature de l'estime de soi, du concept de soi et de leur interrelation. Certains, en prêtant au concept de soi un caractère multidimensionnel, suggèrent que l'estime de soi constitue une méta-dimension recouvrant l'ensemble des aspects du soi (Coopersmith, 1967; L'Ecuyer, 1975). D'autres, comme Jodoin (1976) en considérant l'estime de soi comme un secteur bien particulier du concept de soi, accordent à l'estime de soi une structure unidimensionnelle et indépendante.

Les auteurs consultés semblent d'accord toutefois sur un point. Bien que l'estime de soi varie en fonction des champs d'expérience, il existe aussi une estime de soi globale découlant de l'ensemble des jugements de valeur posés (Coopersmith, 1967; L'Ecuyer, 1975; Jodoin, 1976). Coopersmith (1967) et Jodoin (1976) n'apportent toutefois aucune précision sur le processus par lequel l'estime de soi globale s'élabore.

L'Ecuyer (1975) fournit plus d'explications à ce niveau. Le postulat d'une organisation hiérarchique dans le concept de soi suggère que l'estime de soi reliée à des perceptions centrales du concept de soi influence plus fortement l'estime de soi globale que les jugements de valeur reliés à des perceptions secondaires.

Tenter de définir l'estime de soi conduit à la conclusion suivante. Bien que les auteurs s'entendent sur une idée intuitive et générale, la littérature actuelle ne définit pas de façon claire la nature de l'estime de soi ni les processus par lesquels elle opère (Wells et Marwell, 1976).

#### Développement de l'estime de soi

Il est important de considérer le développement de l'estime de soi comme étant en relation étroite avec la genèse du concept de soi (Wells et Marwell, 1976). Malheureusement, à l'heure actuelle, les connaissances concernant la genèse du concept de soi sont encore très restreintes (L'Ecuyer, 1978b). En effet la plupart des travaux visent plutôt à étudier

les relations entre différentes variables et le concept de soi à tel moment du développement qu'à comprendre la genèse elle-même (L'Ecuyer, 1975).

Les écrits de L'Ecuyer (1975, 1978b) apportent toutefois des informations intéressantes. Selon cet auteur, le développement du concept de soi se caractérise essentiellement par des changements au niveau de l'organisation hiérarchique. L'importance relative des différents éléments change au cours de la genèse du concept de soi. Une perception centrale à un stade de développement peut devenir secondaire à une étape ultérieure, l'inverse pouvant aussi se produire.

Le postulat d'une évolution dans la hiérarchie du concept de soi au cours du développement entraîne des conséquences importantes au niveau de l'estime de soi. Si les perceptions centrales dans le concept de soi évoluent, les jugements de valeur spécifiques influençant le plus l'estime de soi globale ne sont pas les mêmes tout au cours du développement.

Les travaux de L'Ecuyer (1975) confirment l'existence de changements dans la hiérarchie au cours du développement du concept de soi.

A partir des résultats partiels obtenus, l'Ecuyer (1978b) élabore une théorie du développement du concept de soi. Il définit quatre phases principales. La première (naissance à deux ans) est dominée par l'émergence du soi à travers les différenciations soi, non-soi. L'image corporelle et l'établissement de la première relation affective y jouent un rôle

important. Entre deux et cinq ans, se situe une phase de consolidation du soi qui se manifeste au plan du langage par l'emploi du "je" et du "moi" et au plan du comportement par le négativisme. C'est dans la phase suivante qui va de 5 à 12 ans que se retrouvent les sujets de la présente étude. Pendant cette période, le soi prend de l'expansion. C'est l'âge de l'entrée à l'école. L'enfant est alors confronté à une variété d'expériences nouvelles. "Le concept de soi ... doit s'élargir, s'ouvrir pour intégrer toutes ces nouvelles expériences." (L'Ecuyer, 1978b, p. 146). Les nouvelles perceptions concernant la popularité avec les pairs, le succès ou l'insuccès aux sports et dans les matières scolaires, les réactions des pairs et des professeurs aux gestes et attitudes de l'enfant. L'Ecuyer (1978b) ajoute que l'expérience vécue par l'enfant à cette période a des répercussions sur l'estime de soi:

"C'est donc une période intense dans laquelle s'accumule et se hiérarchise progressivement une variété d'images de soi élargissant le sens d'identité et se répercutant aussi sur l'acceptation de soi (estime ou valeur de soi)". (p. 147).

Finalement, pendant l'adolescence le soi se différencie pour en arriver à un concept de soi vraiment personnalisé, et à une identité propre.

Il est important de souligner que de nombreux auteurs ne sont pas d'accord avec la position de l'Ecuyer. Plusieurs, en effet, sont d'avis que l'image corporelle constitue le noyau du concept de soi et que son importance reste cruciale tout au cours du développement (Schilder,

1935; Zazzo, 1948, Symonds, 1951; Fischer et Cleveland, 1968). Ces auteurs estiment que l'image corporelle est "le réservoir central duquel toutes les autres images de soi doivent nécessairement découler" (L'Ecuyer, 1978b, p. 143). Il est intéressant de remarquer que ce courant de pensée qui accorde une place prépondérante à l'image corporelle est liée de très près à la position de la théorie psychanalytique mentionnée au début de ce chapitre.

Si l'image corporelle constitue le noyau du concept de soi tout au cours du développement, ce sont les jugements de valeur reliés aux perceptions corporelles qui influenceront le plus l'estime de soi globale. Dans cette optique, les enfants malades chroniques qui jugent négativement leurs corps détériorés doivent avoir une estime d'eux-mêmes négative.

#### Maladie chronique et estime de soi

Ayant maintenant une définition de l'estime de soi, ainsi que quelques notions sur son développement, les éléments suivants sont présentés concernant l'impact de la maladie chronique sur l'estime de soi.

Dimock (1959) et Diller (1965) écrivent que l'enfant malade se sent différent des autres et inférieur. Ack et al. (1961) ajoutent qu'il a l'impression d'être une personne endommagée et qu'il se sent sans valeur. La recherche réalisée par Coopersmith fournit des données empiriques à ce sujet.



En 1967, Coopersmith a réalisé un travail d'envergure sur les antécédents de l'estime de soi. La maladie est un des facteurs étudiés. Afin de vérifier l'hypothèse formulée par la théorie psychanalytique, l'auteur a comparé deux groupes d'enfants. Le premier groupe se compose d'enfants ayant subi un trauma, tel une maladie aiguë. Quant au deuxième groupe, des enfants ayant fait l'expérience répétée du même problème physique au cours des années le composent. Coopersmith conclut que ce sont les maladies présentant un caractère récurrent qui sont les plus susceptibles d'affecter l'estime de soi. La maladie chronique correspond à ce critère.

#### Présentation du diabète

Puisque chaque type de maladie chronique entraîne un impact psychologique propre (Kessler, 1966), il est important à cette étape-ci de présenter les caractéristiques spécifiques au diabète.

La cause de cette affection réside dans l'incapacité de l'organisme à produire l'insuline nécessaire au métabolisme des hydrates de carbone. A cause du manque d'insuline, le glucose ne peut entrer dans les cellules et servir de source d'énergie. Le taux de sucre augmente alors dans le sang et le glucose est perdu dans les urines. Puisque les glucides ne peuvent être utilisés, le corps fait appel d'une façon anormale aux graisses emmagasinées dans le corps et aux protéines contenues dans les tissus. Un déséquilibre important dans le fonctionnement corporel s'ensuit alors (Chinn, 1974).

Afin de pallier au déficit de l'organisme, l'enfant diabétique doit recevoir à chaque jour de l'insuline par injection. De plus, plusieurs fois par jour, des tests d'urine doivent être faits afin de mesurer le taux de sucre et d'acétone contenus dans le sang (Chinn, 1974).

Le diabète exige aussi une discipline assez rigoureuse au niveau du régime alimentaire et des activités physiques (Benoliel, 1975). Il s'agit en effet d'équilibrer diète, exercice et insuline (Chinn, 1974).

Le diabète se distingue des autres maladies chroniques du fait que le patient est beaucoup plus activement responsable du contrôle de sa maladie qu'il est généralement le cas (Treuting, 1962). Dans le cas du diabète juvénile, cette responsabilité revient aux parents (Greydamus et Hoffman, 1979). Ce sont eux qui doivent veiller à ce que le taux de sucre et d'acétone dans le sang reste à l'intérieur des limites normales. Ce sont eux qui font les injections et les tests d'urine quotidiens et qui surveillent la diète et les exercices physiques de l'enfant.

Des facteurs héréditaires jouent un certain rôle dans l'étiologie du diabète (Fallstrom, 1974). L'impact du diabète sur les relations familiales sera traité plus en profondeur dans ce chapitre.

Les considérations suivantes ont retenu l'attention jusqu'ici dans ce contexte théorique. La problématique globale à laquelle cette recherche réfère, c'est-à-dire l'impact psychologique de la maladie chronique chez les enfants, a été présentée. La notion d'estime de soi a été définie et les ambiguïtés conceptuelles caractérisant ce champ d'étude

ont été soulevées. La nature spécifique du diabète a été présentée. Il est temps maintenant de faire le compte-rendu des travaux apportant des informations pertinentes à l'objet spécifique de cette recherche, c'est-à-dire l'étude de l'estime de soi des enfants diabétiques.

Plusieurs travaux étudient simultanément de nombreux aspects du fonctionnement psychologique des jeunes diabétiques. Pour faciliter la synthèse des informations, la présentation s'organise autour de deux thèmes principaux.

Le premier ensemble de recherches aborde l'estime de soi des enfants diabétiques en étudiant leur image corporelle. Le second groupe de travaux étudie le fonctionnement des enfants diabétiques sous différents aspects qui sont reliés de près à l'estime de soi. Ce second bloc se divise en quatre sujets: les relations familiales, les relations avec les pairs, la réussite scolaire et finalement le niveau d'adaptation.

#### Recherches sur l'image corporelle des enfants diabétiques

Plusieurs auteurs ont abordé le domaine de l'estime de soi des enfants diabétiques en étudiant leur image corporelle.

Fallstrom a fait en 1974 une recherche ayant pour but d'étudier différents aspects de la personnalité des enfants diabétiques, dont l'image corporelle qu'il définit de la façon suivante.

"L'image corporelle correspond à la perception personnelle et à l'expérience d'un individu de son propre corps. Ce sont les sentiments et les attitudes d'une personne par rapport à son soi physique".\* (p. 6)

L'auteur a comparé 59 enfants diabétiques, âgés de 7 à 15 ans, dont la durée de la maladie variait de 1 an à 13 ans, à un nombre identique d'enfants en santé correspondant aux sujets du premier groupe en ce qui a trait à l'âge, au sexe et au quotient intellectuel.

Pour ce faire, il a administré une série de tests psychologiques standardisés: le WISC, le Rorschach, le Blacky Pictures, le Bender-Gestalt. De plus, des entrevues faites auprès des parents, des professeurs et des enfants, ont permis d'amasser des informations en ce qui a trait aux réactions de ces personnes face à la maladie, aux comportements et aux attitudes de l'enfant et de ses parents.

Suite à l'analyse des résultats obtenus, Fallstrom conclut que la présence d'une image corporelle négative est beaucoup plus fréquente chez les enfants diabétiques que chez les enfants dits normaux.

Swift, donnant suite à une étude exploratoire faite en 1963, a réalisé en 1967 une recherche sur l'adaptation des enfants diabétiques. La méthodologie générale utilisée par Swift est la suivante. Cinquante enfants diabétiques composaient le groupe expérimental. Certains de ces

---

\* "The body image is one's personal perception and experience of the own body - one's feelings and attitudes toward the physical self". (Fallstrom, 1974, p. 6).

enfants furent référés par des médecins travaillant en pratique privée ou dans des cliniques médicales. D'autres enfants fréquentaient des camps pour diabétiques. Ces sujets, provenant de deux villes du New Jersey et des régions avoisinantes, correspondaient à tous les niveaux socio-économiques. Le groupe témoin, lui, se composait de 50 enfants en santé équivalant au premier groupe en ce qui concerne l'âge, le niveau socio-économique, l'année scolaire, le sexe, la race, et dans certains cas, le quotient intellectuel.

Une équipe composée d'un sociologue, d'un psychologue et d'un pédo-psychiatre s'est chargée d'évaluer les sujets. Ces spécialistes ont effectué des entrevues semi-structurées et administré de nombreux tests standardisés<sup>1</sup>. A partir des informations recueillies les spécialistes ont posé un jugement clinique sur chacun des sujets en se basant sur des critères personnels. Une réunion a ensuite permis à l'équipe d'arriver à une évaluation finale de chaque enfant par la confrontation des différents diagnostics.

Pour obtenir une mesure de l'image corporelle, Swift se base sur les jugements cliniques des spécialistes et aussi sur les scores obtenus au Rorschach (pénétration, barrière, préoccupation autour du corps) et au

---

<sup>1</sup> Il s'agit des tests suivants: le HTP, le dessin de la famille et d'une personne du sexe opposé, le Rorschach, le General Anxiety Scale for Children, le Widerange achievement test, le Minnesota test for Creative thinking, le Vineland Social Maturity Scale, le Roth's Mother Child evaluation et l'échelle PARI.

dessin de la personne (figure incomplète, membres brisés ou déformés, corps ou tête mutilés).

Les résultats obtenus sont les suivants: 78% des enfants diabétiques ont une image corporelle anormale pour seulement 24% chez les enfants du groupe contrôle.

A partir des résultats obtenus, Swift conclut que les enfants diabétiques ont un "percept de soi" anormal et négatif. Bien que l'auteur ne définisse pas ce nouveau terme, le mot "percept de soi" laisse supposer un sens global débordant celui de l'image corporelle pour se rapprocher du concept de soi. Swift suggère donc que le dommage observé au niveau de l'image corporelle s'étend à la perception de soi globale.

L'étude faite en 1971 par Kaufman et Herscher porte spécifiquement sur l'image corporelle des enfants diabétiques. Ces auteurs tentent de comprendre de quelle façon un changement dans le fonctionnement du corps affecte l'image corporelle. Kaufman et Herscher définissent l'image corporelle comme étant la représentation mentale qu'une personne a de son corps.

L'étude porte sur cinq adolescents diabétiques, deux garçons et trois filles, âgés de 13 à 19 ans. Kaufman et Herscher étudient comment les adolescents se représentent l'impact qu'a le diabète sur le fonctionnement de leur corps. Lors d'entrevues, les auteurs demandent aux enfants de "fantasier" et de verbaliser à ce sujet et de dessiner l'intérieur de leur corps. Il est important de noter que tous ces diabétiques avaient

reçu dans le passé un enseignement de qualité sur la nature de leur maladie.

L'analyse des dessins et des verbalisations montre que les sujets voient leur corps comme étant beaucoup plus défectueux qu'il ne l'est en réalité.

Les changements au niveau de la représentation de soi sont donc beaucoup plus graves que les changements réels.

Kaufman et Herscher expliquent cet état de fait en disant que l'image corporelle ne découle pas seulement de la réalité objective mais aussi, et peut-être surtout, des émotions vécues face à la maladie.

Il semble que le jugement de valeur négatif que l'enfant diabétique porte sur son corps s'étend à sa personne entière. Kaufman et Herscher font en effet l'analyse suivante:

"Il a dessiné une partie de lui-même comme étant mauvaise et causant quelque chose à l'intérieur de lui qu'il était incapable de maîtriser et de contrôler. Cette partie symbolisait "je suis mauvais, je suis impuissant"<sup>1</sup>. (p. 127)

Les auteurs sont d'avis que la détérioration présente au niveau de l'image corporelle accompagne un changement dans la représentation globale de soi.

---

<sup>1</sup> "He drew a part of himself as being bad and causing something within him which he could not master and control, symbolic of " I am bad, I am helpless".

"Nous ... avons essayé de comprendre la détérioration observée au niveau de l'image corporelle comme étant une manifestation d'un changement dans le soi".<sup>1</sup> (p. 127)

Kaufman, dans un article publié l'année suivante, reprend les mêmes idées en les énonçant plus clairement. Il dit que l'enfant diabétique perçoit la maladie comme un élément néfaste habitant son corps et le rendant imparfait. La maladie est vécue comme un assaut à l'image corporelle déjà construite. Par l'intermédiaire de l'image corporelle, la maladie affecte le "self" en entier. L'enfant malade se trouve confronté à un "self" idéal, correspondant à la santé, qu'il est incapable d'atteindre.

Kaufman en terminant énonce la question fondamentale dans ce domaine: de quelle manière la maladie chronique affecte la représentation de soi et surtout comment des changements au niveau de l'image corporelle sont reliés à des changements au niveau du soi. Il souligne que cette question est loin d'être résolue.

En conclusion, les résultats obtenus par Fallstrom (1974), Swift (1967), Kaufman et Hersher (1971), indiquent tous que le diabète est relié à la présence d'une image corporelle négative. C'est dire que le jugement de valeur se rattachant à la partie du concept de soi appelée

---

<sup>1</sup> "We ... have attempted to understand the alteration of body image as a manifestation of a change in the self feeling".



soi somatique est négative (L'Ecuyer, 1975). L'estime de soi des enfants diabétiques semble donc négative au niveau de l'image corporelle.

Swift (1967) et Kaufman et Hersher (1971) ajoutent que la détérioration observée au niveau de l'image corporelle affecte le concept de soi en entier. Ils supposent donc que l'estime de soi globale des enfants diabétiques est atteinte. Cette prise de position s'appuie sur le postulat implicite suivant. Selon ces auteurs, l'image corporelle occupe une place prépondérante dans le concept de soi. L'image corporelle est:

"la base de la compréhension de l'enfant de sa propre personne et de sa relation avec l'environnement et de lui-même comme individu distinct des autres individus".<sup>1</sup> (p. 6)

L'Ecuyer (1975, 1978a, 1978b) ne partage toutefois pas cette opinion de même que plusieurs autres auteurs qu'il cite dont Allport (1961).

### Diabète et relations familiales

Les parents d'enfants diabétiques sont responsables en grande partie du contrôle de la maladie de l'enfant (Greydamus et Hoffman, 1979). Par conséquent, le diabète nécessite une adaptation importante de la famille (Treuting, 1962). Il est important de souligner cet aspect puisque la relation parent-enfant est primordiale dans la formation de l'estime

---

<sup>1</sup> "This is the base for the child's comprehension of his own person and its relation to his environment and of himself as an individual distinct from other individuals".

de soi (Coopersmith, 1967; Yamamoto, 1972; Jodoin, 1976).

Des facteurs héréditaires jouant un certain rôle dans l'étiologie du diabète, les parents se sentent généralement coupables de la maladie de leur enfant (Sterky, 1963). Ils se sentent aussi coupables lors des périodes où la maladie devient hors-contrôle (Koski, 1969).

Le diabète entraîne des stress importants notamment dans la relation entre l'enfant et la mère puisque c'est souvent à elle que revient la responsabilité de piquer l'enfant tout en sachant le malaise que cela entraîne et aussi de lui défendre de manger certains aliments (Koski, 1969). Koski rapporte que Benedek a écrit en 1948 que le diabète est la maladie qui entraîne le plus d'anxiété chez la mère. La recherche faite par Sterky en 1963 fournit des données intéressantes à ce sujet.

L'auteur a eu des entretiens avec 238 mères, la moitié étant mères d'enfants diabétiques. Ces rencontres, d'une durée variant entre une demi-heure et une heure, permettaient, en plus de recueillir des informations sur les enfants, de poser un jugement clinique sur les mères.

Les jugements obtenus sont les suivants: 40 mères d'enfants diabétiques (27,6 %) présentent des problèmes émotionnels pour seulement 14 mères d'enfants du groupe contrôle. Les problèmes d'anxiété semblent être les plus fréquents et les plus importants chez les mères du groupe expérimental. L'auteur ajoute à ce sujet:

"Ce type d'insuffisance est la réaction la plus probable chez les mères d'enfants diabétiques".<sup>1</sup> (p. 386).

L'étude faite par Simonds en 1977, apporte toutefois des données indiquant que la qualité des relations familiales n'est pas perturbée par le diabète. Cette recherche a comparé 40 enfants diabétiques ayant un bon contrôle sur leur maladie, et 40 autres ayant un pauvre contrôle, à 40 enfants en santé. Le pairage effectué entre les trois groupes tenait compte du sexe, de l'âge, de la race et du niveau socio-économique. Des entrevues semi-structurées, ayant un canevas fixe déterminé par l'auteur, ont permis de poser un jugement clinique sur les sujets à partir d'une classification psychiatrique reconnue<sup>2</sup>. En ce qui a trait aux conflits vécus par les enfants face à leurs parents, l'analyse des résultats montre que les enfants diabétiques ayant un pauvre contrôle sont équivalents aux enfants en santé. Quant aux enfants diabétiques ayant un bon contrôle sur leur maladie, ils vivent significativement moins de conflits dans leur relation avec leurs parents que les enfants en santé.

Tous les auteurs, à l'exception de Simonds, s'accordent donc à dire que le diabète perturbe les relations familiales. Il est important

---

<sup>1</sup> "This type of insufficiency is probably the most likely kind of reactions of mothers with a diabetic child".

<sup>2</sup> Grille bâtie par: Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Child Psychiatry: Psychopathological Disorders in Children; Theoretical Considerations and a Proposed Classification, Report 62. New York, Group for the Advancement of Psychiatry, 1966.

maintenant de regarder de plus près afin de vérifier si cette perturbation touche les dimensions de la relation parents-enfants qui sont centrales dans la formation de l'estime de soi.

Ces dimensions sont les suivantes: l'acceptation de l'enfant par les parents (Coopersmith, 1967; Sears, 1970) et le mode par lequel l'autorité parentale s'exerce (Coopersmith, 1967; Campbell-Comstock, 1973). En ce qui concerne la discipline, les conditions suivantes doivent être respectées pour favoriser la formation d'une estime de soi positive. Les parents doivent établir des règles claires et aussi respecter l'autonomie de l'enfant à l'intérieur de ces limites (Coopersmith, 1967). D'autre part, un type d'autorité parentale centré plutôt sur les besoins des parents et utilisant des moyens indirects pour contrôler psychologiquement l'enfant semble avoir des conséquences désastreuses sur l'estime de soi (Campbell-Comstock, 1973).

Les considérations suivantes semblent indiquer que le diabète juvénile atteint les zones centrales pour la formation de l'estime de soi, zones mentionnées ci-haut.

Pour être vraiment en mesure de maintenir la qualité d'acceptation présente jusque-là dans leur relation à l'enfant, les parents doivent accepter réellement la maladie de l'enfant. Pour y arriver les parents ont à faire le deuil de toutes les choses que le diabète rend maintenant impossibles pour l'enfant, ils doivent réajuster leurs espoirs par rapport à la vie future de l'enfant et les buts qu'ils s'étaient fixés (Tarnow et Tomlinson, 1978). Bruhn (1977) souligne que ce processus de deuil peut être

très difficile pour les parents. S'il n'est pas réussi, l'acceptation de l'enfant par les parents en souffre et l'estime de soi se trouve menacée.

Le diabète a aussi un impact sur la façon dont la discipline s'exerce dans la famille (Grey et al., 1980). Le fait que les parents soient directement responsables du contrôle de la maladie de l'enfant (Greydamus et Hoffman, 1979) entraîne un stress important dans la relation parents-enfant puisque la façon dont la discipline s'exerce a des conséquences sur la santé et la vie de l'enfant. Cela est susceptible d'entraîner la formation d'une estime de soi négative (Grey et al., 1980). Kessler (1966) partage cette position en disant qu'il est difficile pour les parents de contrôler l'enfant diabétique d'une façon qui soit psychologiquement saine.

Les recherches faites sur la qualité des relations parents et enfants diabétiques apportent les renseignements suivants en ce qui a trait à l'exercice de l'autorité. La recherche faite par Swift en 1967 porte d'abord sur la relation parents-enfant. Différents instruments de mesure ont permis d'évaluer cette dimension: le Roth's Mother-Child evaluation, le PARI scale, le HTP, le dessin de la famille. De plus, une entrevue semi-structurée faite auprès des sujets avait pour but d'explorer les attitudes des enfants face aux parents et d'évaluer le climat émotionnel à l'intérieur de la famille.

Les résultats obtenus permettent de conclure que les attitudes des parents autour de la domination deviennent extrêmes. Selon Swift, l'exercice de l'autorité se trouve donc modifié par le diabète.

#### Relation avec les pairs

La place qu'occupe l'enfant dans son groupe de pairs constitue, d'après la littérature un autre facteur d'importance dans la formation de l'estime de soi (Coopersmith, 1967; Yamamoto, 1972). Les résultats des recherches relevées par Jodoin en 1976 confirment cette position: le succès social est associé à une estime de soi positive (Horowitz, 1962; Coopersmith, 1967; Kokenes, 1974).

Au sujet des enfants diabétiques, Bruhn écrit en 1977 que ceux-ci peuvent être portés à cacher aux autres leur maladie de crainte d'être rejetés du groupe de pairs. Le fait de garder un tel secret contribue selon cet auteur à une image de soi négative. Tarnow et Tomlinson (1978), suite à leur expérience comme animateurs de groupes de discussion auprès de jeunes diabétiques, rapportent que ces derniers sentent beaucoup le besoin d'échanger sur les problèmes rencontrés dans leurs contacts sociaux.

Les résultats des recherches semblent aller dans le même sens. Swift (1967) conclut que les enfants diabétiques ont plus de problèmes de relations avec leurs pairs que les enfants en santé. Fallstrom (1974), à partir de l'analyse au Rorschach du facteur référant aux difficultés sociales et à l'isolement, arrive à la même conclusion. Sterky (1963) dégage que les mères des enfants diabétiques rapportent, plus souvent que les mères

d'enfants en santé, que leur petit a des problèmes avec ses compagnons. Il est toutefois difficile de s'appuyer sur cette conclusion de Sterky puisque la différence observée peut provenir en partie de la forte anxiété observée par le chercheur chez les mères d'enfants diabétiques.

Les résultats de la recherche de Simonds (1977) contredisent toutefois la position généralement répandue mentionnée ci-haut. Cet auteur ne trouve aucune différence entre les enfants diabétiques et les autres sous l'aspect des conflits interpersonnels vécus avec les pairs.

#### Réussite scolaire

Un autre secteur de recherches pouvant apporter des renseignements sur l'estime de soi des enfants diabétiques, réfère à leur réussite scolaire. La recherche faite par Coopersmith (1967) indique que la réussite scolaire est reliée à une estime de soi positive. Les écrits de Yamamoto (1972) de même que plusieurs autres travaux rapportés par Jodoin (1976) vont dans le même sens (Harris et Piers, 1964; Sears, 1970, Kokenes, 1974).

Sterky (1963), dont la recherche a déjà été citée a étudié la réussite scolaire des enfants atteints de diabète juvénile. En comparant les résultats scolaires obtenus par 119 enfants diabétiques à ceux obtenus par 119 enfants en santé, l'auteur conclut qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Weil et Ack (1964) ont réalisé une recherche étudiant spécifiquement cette question. Ils ont comparé 39 enfants diabétiques à 26 enfants en santé en utilisant les California Achievement Tests in Reading and

Arithmetic. Ils arrivent à la même conclusion que Sterky. Les auteurs rapportent d'ailleurs plusieurs études plus anciennes allant dans le même sens (Brown et Thompson, 1940; McGavin et al., 1940; Eisele, 1942).

La recherche de Swift (1967) conclut elle aussi que les enfants diabétiques ont une adaptation à l'école comparable à celle des autres enfants.

#### Niveau général d'adaptation

Un autre secteur de recherches portant sur les enfants diabétiques tente d'évaluer leur niveau général d'adaptation. Ce concept, tout en référant à d'autres dimensions que l'évaluation de soi, est toutefois fortement relié à l'estime de soi. Wells et Marwell (1976), suite à une revue de littérature à ce sujet, dégagent les constatations suivantes:

"En général, un haut niveau d'estime de soi est relié à une bonne adaptation. Cette approche est adoptée dans la théorie du développement de Rosenberg (1965), Coopersmith (1967) et Ziller (Ziller et al., 1969) et tout aussi bien dans la littérature expérimentale".<sup>1</sup> (p. 70).

Les recherches portant sur l'adaptation des enfants diabétiques peuvent donc fournir des indices importants quant à l'estime de soi.

Les résultats de plusieurs recherches indiquent la présence d'un niveau faible d'adaptation chez les enfants diabétiques. La revue de litté-

---

<sup>1</sup> "In general, high self-esteem is associated with good adjustment. This approach is taken in developmental theory such as those of Rosenberg (1965), Coopersmith (1967), and Ziller (1969; Ziller et al., 1969), as well as in most of the experimental literature". (Wells et Marwell, 1976, p. 70).



rature faite par Swift (1967) rapporte trois études de ce type (Loughlin et Mosenthal, 1944; Joslin, 1951; Belmonte, 1963). Les résultats obtenus par Swift vont d'ailleurs aussi dans cette direction. Le niveau d'adaptation des sujets a été déterminé à partir des conclusions des rapports faits par les trois spécialistes ayant évalué les enfants au moyen d'entrevues et de différents tests standardisés mentionnés précédemment. Il ressort que 32% des enfants diabétiques ont une bonne adaptation tandis que 64% des sujets du groupe contrôle se classent dans cette catégorie. Pour ce qui est des sujets classés comme ayant une adaptation faible, 30% des enfants du groupe expérimental le sont pour seulement 8% chez le groupe contrôle. Une classification psychiatrique faite par un pédo-psychiatre et un psychologue a fourni un autre indice d'adaptation. Il apparaît, à la lumière de cet autre critère que 64% des enfants diabétiques sont évalués anormaux pour seulement 16% des enfants du groupe contrôle (Swift, 1967).

Simonds en 1979 relève lui aussi des recherches indiquant une forte incidence de problèmes émotionnels chez les enfants diabétiques: celle de Katz (1943) et celle de Boulin et al. (1951). Treuting (1962), dans un article faisant la revue de littérature conclut que la présence de problèmes psychiatriques, en association avec le diabète, est fréquente.

Il est toutefois impossible de trancher la question puisqu'il existe autant de recherches indiquant que les enfants diabétiques ont un niveau d'adaptation aussi bon que celui des enfants en santé (Kubany et al., 1956; Sterky, 1963; Simonds, 1979). Swift (1967), citant les études de Brown et Thompson (1940) et celle de McGavin et al. (1940), va dans le même sens.

Simonds (1979) rapporte que l'étude faite par Olawatura en 1972, utilisant comme mesure des inventaires de comportement des sujets remplis par les parents et les professeurs, arrive à la même conclusion. Les recherches les plus récentes semblent se situer de façon générale dans cette ligne de pensée (Simonds, 1979).

Les considérations suivantes résument les informations contenues dans les recherches sur le fonctionnement psychologique des enfants diabétiques mentionnés plus haut.

Les enfants diabétiques ont une image corporelle négative (Swift, 1967; Kaufman et Hercher, 1971; Kaufman, 1972; Fallstrom, 1974). A partir de cette constatation, plusieurs auteurs concluent à l'existence d'un concept de soi négatif, donc à une estime de soi faible chez les jeunes diabétiques.

Le diabète perturbe la relation parents-enfants (Sterky, 1963; Koski, 1969). Cette perturbation affecte les dimensions centrales dans la formation de l'estime de soi, c'est-à-dire l'acceptation de l'enfant par ses parents et le type d'autorité parentale (Kessler, 1966; Bruhn, 1977; Tarnow et Tomlinson, 1978; Greydamus et Hoffman, 1979; Grey et al., 1980). La recherche de Swift (1967) confirme cette position théorique en ce qui concerne l'exercice de l'autorité. L'étude de Simonds (1977) fournit toutefois des données contraires en indiquant que le diabète ne perturbe pas la qualité des relations familiales.

Les relations des enfants diabétiques avec leurs pairs semblent difficiles (Bruhn, 1977; Tarnow et Tomlinson, 1978). Les recherches de Sterky (1963) et de Swift (1967) confirment cette position théorique tandis que celle de Simonds (1977) la contredit. En ce qui concerne le niveau général d'adaptation, de nombreuses recherches indiquent que les enfants diabétiques sont plus faibles que les enfants dits normaux (Treuting, 1962; Swift, 1967). Quelques recherches plus récentes ne voient pourtant pas de différence entre les enfants diabétiques et les autres (Simonds, 1977). Finalement, au niveau de la réussite scolaire, les enfants diabétiques semblent égaux aux enfants en santé (Sterky, 1963; Weil et Ack, 1964; Swift, 1967).

Les sources d'information indiquant une faible estime de soi chez les enfants diabétiques sont donc plus nombreuses que les autres. L'estime de soi reliée à l'image corporelle est nettement négative (Swift, 1967; Kaufman et Herscher, 1971; Kaufman, 1972; Fallström, 1974) et l'estime de soi globale s'en trouve affectée (Swift, 1967; Kaufman et Herscher, 1971; Kaufman, 1972). Des facteurs jouant un rôle important dans la formation de l'estime de soi, tels la qualité des relations familiales et des relations avec les pairs sont touchés (Sterky, 1963; Kessler, 1966; Swift, 1967; Koski, 1969; Bruhn, 1977; Tarnow et Tomlinson, 1978; Greydamus et Hoffman, 1979; Grey et al., 1980).

D'autres recherches sont nécessaires toutefois avant de pouvoir conclure de façon certaine à la présence d'une estime de soi faible chez les enfants diabétiques. Les données empiriques disponibles ne concernent

en effet qu'une zone très spécifique du concept de soi: l'image corporelle (L'Ecuyer, 1975). Il est nécessaire de vérifier si l'estime de soi est négative sous d'autres aspects pour conclure à la présence d'une estime de soi globale négative (L'Ecuyer, 1978a, 1978b).

Les recherches portant sur l'adaptation des enfants diabétiques et concernant leur fonctionnement à l'école, leurs relations avec les parents et avec les pairs, méritent d'être poussées plus loin. Il est nécessaire en effet d'étudier la perception que les jeunes ont d'eux-mêmes sous ces aspects puisque, par définition, l'estime de soi correspond au jugement de valeur qu'une personne porte sur elle-même (Wells, et Marwell, 1976).

La présente recherche se propose d'étudier l'estime de soi globale des enfants diabétiques à partir des perceptions que ceux-ci ont d'eux-mêmes dans les aspects suivants: les relations avec les parents, certaines caractéristiques personnelles, l'expérience à l'école et les relations avec les pairs.

Les diverses sources d'information relevées dans le contexte théorique amènent la formulation de l'hypothèse suivante: les enfants diabétiques ont une estime de soi globale plus faible que les enfants dits normaux.

## Chapitre II

### Déroulement de l'expérience

Afin de vérifier l'hypothèse avancée dans cette recherche, il s'agit de comparer un groupe d'enfants diabétiques à un groupe contrôle composé d'enfants dits normaux, en mesurant l'estime de soi des individus. Afin de contrôler le plus possible l'influence de variables extérieures au problème posé, les deux groupes seront pairés de manière à assurer leur équivalence sur les différents facteurs suivants: structure familiale des sujets, résultats scolaires, niveau socio-économique, âge et sexe. Ceci devrait permettre d'isoler la variable "diabète" comme source de changement de l'estime de soi.

#### Instrument de mesure

Le choix d'un instrument de mesure pose un problème important. En effet, il y a pénurie d'instruments collectifs et de type objectif pouvant mesurer l'estime de soi des enfants de langue française (Jodoin, 1976). Afin de pallier à ce manque, Jodoin a élaboré en 1976 un questionnaire pouvant servir d'instrument de mesure de l'estime de soi pour des enfants âgés de 8 à 12 ans. L'auteur motive ces limites d'âge par les raisons suivantes. D'une part, ce n'est qu'à huit ans que les enfants ont une capacité de lecture suffisante pour répondre de façon collective à un questionnaire. D'autre part, la limite supérieure d'âge s'explique par le fait que les facteurs influençant l'estime de soi à l'adolescence semblent différents (Jodoin, 1976).

Le questionnaire de Jodoin présente toutefois plusieurs limites. Tout d'abord, il n'a jamais été expérimenté auprès des enfants. De plus, très peu d'informations sont disponibles sur la qualité de la mesure fournie par l'instrument. Dans ce contexte, un travail préalable à la vérification de l'hypothèse s'avère nécessaire. Le chapitre III, en plus de présenter en détails le questionnaire de Jodoin, rend compte du travail fait pour améliorer l'instrument et pour s'assurer de sa validité.

### Déroulement de l'expérimentation

L'expérimentation auprès des enfants diabétiques a lieu dans les salles de conférence de deux hôpitaux de Sherbrooke où les sujets ont l'habitude de rencontrer leur médecin. Ceci a l'avantage d'offrir aux familles un milieu qui, tout en étant familier, reste neutre.

Dans un premier temps, les familles sont accueillies dans une salle où elles reçoivent l'information sur le déroulement de l'expérimentation. Par la suite, le groupe se divise: les parents restent dans la salle tandis que les enfants vont dans une autre pièce. Un expérimentateur accompagne chacun des groupes. Les parents doivent répondre à un questionnaire visant à recueillir des informations générales sur les sujets. L'appendice A présente la liste des questions adressées aux parents. Quant aux enfants, ils doivent répondre au questionnaire de Jodoin.

La passation du questionnaire auprès des enfants se fait en groupe et se déroule de la façon suivante. Tout d'abord, l'expérimentateur lit à haute voix la consigne. Par la suite, les sujets peuvent lever la main

s'ils ont besoin d'aide. Dans un tel cas, l'adulte se rend auprès de l'enfant et intervient de manière à amener ce dernier à solutionner lui-même le problème rencontré. L'expérimentateur s'abstient en tout temps de fournir la signification d'un mot au sujet ou de lire une question à sa place.

Puisqu'il est impossible de réunir tous les sujets en une seule rencontre, l'expérience se fait en plusieurs tranches. D'abord trois soirées réunissent chacune plusieurs familles: la première soirée, sept, la seconde, cinq et la troisième, deux. Quant aux autres enfants diabétiques, ils répondent de façon individuelle au questionnaire. Les parents de ces enfants en effet, sont occupés les soirées en question. Il est donc nécessaire d'accomoder chacune de ces familles en fixant la rencontre au moment où elle est disponible. Tous les sujets du groupe contrôle répondent de façon collective au questionnaire dans leur classe. Les conditions expérimentales sont strictement les mêmes que celles décrites pour les enfants diabétiques. Les parents de ces sujets répondent aux mêmes questions d'informations générales que les parents des enfants diabétiques.

### Groupe expérimental

#### Recrutement des sujets

Considérant que l'instrument n'est valide que pour les enfants de 8 à 12 ans, les sujets sont recrutés à l'intérieur de ce groupe d'âge. Deux médecins spécialistes de Sherbrooke traitant le diabète juvénile, de même que l'Association du diabète (section Estrie), acceptent de fournir les noms de leurs clients.



Vingt-trois noms d'enfants sont ainsi recueillis. Une lettre est envoyée aux parents afin de solliciter leur participation. Elle les informe du même coup de l'objet de la recherche, c'est-à-dire l'impact psychologique du diabète juvénile. En tout, 21 familles acceptent de collaborer à la recherche. Les deux autres refusent parce qu'ils habitent à plus de 30 milles du lieu d'expérimentation.

Par la suite, deux sujets ayant participé à l'expérimentation doivent être éliminés pour les raisons suivantes. Le premier est atteint de diabète depuis seulement quelques semaines et le second a une connaissance du français insuffisante pour répondre au questionnaire.

#### Description du groupe expérimental

Dix-neuf enfants constituent donc le groupe expérimental. Ils répondent aux critères suivants: 1) le diabète est la seule maladie chronique affectant les sujets; 2) les questionnaires obtenus ne présentent pas de "response set"; et 3) le nombre d'item laissés sans réponse est inférieur à sept.

Les sujets, dix filles et neuf garçons, sont âgés de 8 à 12 ans. Leur moyenne d'âge est de 10 ans.

Deux jeunes diabétiques proviennent de familles monoparentales et vivent avec leur mère. La position dans la fratrie est la suivante. Deux sujets sont enfants uniques. Neuf sujets sont les aînés: sept d'entre eux dans une famille de deux enfants, un autre dans une famille de trois enfants et le dernier dans une famille de quatre enfants. Sept sujets sont

derniers de famille: quatre d'entre eux sont les plus jeunes dans une famille composée de deux enfants, les trois autres dans une famille composée de trois, de cinq, et de neuf enfants. Un dernier sujet est le troisième d'une famille de quatre enfants.

Les sujets se répartissent de la façon suivante selon l'année académique en cours. En troisième année, se retrouvent cinq enfants diabétiques. Un même nombre de sujets est en quatrième et en sixième année. En cinquième année, se classent trois sujets tandis qu'un seul étudie en secondaire I. La moyenne des résultats scolaires obtenus se situe à 80%. La plupart des notes se situent d'ailleurs entre 70% et 79%. Puisque la Commission scolaire rendait l'accès aux dossiers académiques difficile, ce sont les parents qui ont fourni les renseignements sur la réussite scolaire.

Deux sujets sont de langue maternelle anglaise bien qu'ils parlent aussi français. Une précaution est prise afin de s'assurer que ces enfants comprennent bien le sens des questions: une version anglaise suit chacun des items de leur questionnaire.

Les revenus financiers des familles étudiées se situent pour la plupart entre \$13 000, et \$31 000, par année. La moyenne de l'ensemble du groupe est de \$ 22 500,.

Les parents se situent pour la plupart dans la trentaine. La moyenne de l'âge des parents est de 36 ans pour les mères et de 37 ans pour les pères. Les pères, aussi bien que les mères, ont en moyenne un niveau de scolarité de dix ans.

Tous les sujets du groupe expérimental sont actuellement traités à l'insuline. L'âge des sujets au moment où le diabète a été diagnostiqué varie entre 2 et 11 ans. Les jeunes ont en moyenne cinq ans lorsque la maladie commence. Le début de la maladie remonte à plus d'un an chez la plupart des sujets. Toutefois, deux sujets sont atteints de diabète depuis moins d'un an.

Le tableau 1, présente avec plus de détails les caractéristiques des sujets composant le groupe expérimental.

#### Groupe contrôle

Dix-neuf enfants en santé équivalant aux sujets du groupe expérimental en ce qui concerne la structure familiale, les résultats scolaires, le niveau socio-économique, l'âge et le sexe, constituent le groupe contrôle. Ces enfants sont choisis parmi l'ensemble des écoliers ayant participé à l'analyse d'item (voir le chapitre III). Chacun des enfants diabétiques est ainsi pairé à un enfant en santé lui correspondant le plus quant aux facteurs les plus susceptibles d'influencer la formation de l'estime de soi. Les questionnaires remplis par les parents des sujets contiennent les informations permettant ce pairage.

Un pairage parfait s'avère toutefois impossible compte tenu du nombre restreint des enfants impliqués dans cette recherche. Il s'agit donc d'établir un ordre de priorité parmi les différentes variables en jeu à partir des écrits scientifiques traitant de ce sujet.

Tableau 1

## Caractéristiques des sujets composant le groupe expérimental

Sujet	Caractéristiques												
	Age	Sexe	Rang familial	Nombre d'enfants	Résultats scolaires <sup>1</sup>	Année académique	Revenus financiers <sup>1</sup>	Age des parents		Scolarité des parents		Début de la maladie	Durée de la maladie
								M	P	M	P		
1	9	M	3 <sup>e</sup>	3	3	3 <sup>e</sup>	4	34	35	8 <sup>e</sup>	12 <sup>e</sup>	4	4
2	12	F	1 <sup>e</sup>	3	3	sec I	5	33	36	9 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	5	7
3	10	M	2 <sup>e</sup>	3	3	5 <sup>e</sup>	3	41	43	12 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	9	11 m*
4	9	F	1 <sup>e</sup>	2	3	3 <sup>e</sup>	4	34	33	10 <sup>e</sup>	15 <sup>e</sup>	4	4
5	10	F	9 <sup>e</sup>	9	3	4 <sup>e</sup>	3	56	59	9 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	10	3 m*
6	12	M	2 <sup>e</sup>	2	2	6 <sup>e</sup>	6	39	40	12 <sup>e</sup>	14 <sup>e</sup>	2	10
7	9	M	1 <sup>e</sup>	1	3	4 <sup>e</sup>	5	36	37	14 <sup>e</sup>	18 <sup>e</sup>	2	7
8	11	F	1 <sup>e</sup>	2	1	6 <sup>e</sup>	1	36	35	7 <sup>e</sup>	9 <sup>e</sup>	4	7
9	11	F	5 <sup>e</sup>	5	4	6 <sup>e</sup>	3	45	48	7 <sup>e</sup>	8 <sup>e</sup>	8	3
10	10	M	1 <sup>e</sup>	2	3	5 <sup>e</sup>	3	31	34	9 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	7	3
11	9	M	2 <sup>e</sup>	2	3	4 <sup>e</sup>	3	33	37	12 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	4	5
12	10	F	3 <sup>e</sup>	4	3	5 <sup>e</sup>	1	31	34	10 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>	7	3
13	9	F	1 <sup>e</sup>	2	1	3 <sup>e</sup>	7	31	30	11 <sup>e</sup>	15 <sup>e</sup>	3	5
14	9	F	2 <sup>e</sup>	2	2	3 <sup>e</sup>	3	36	34	14 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>	4	4
15	10	F	1 <sup>e</sup>	2	1	4 <sup>e</sup>	7	34	36	15 <sup>e</sup>	10 <sup>e</sup>	7	3
16	12	M	1 <sup>e</sup>	2	1	6 <sup>e</sup>	3	33	33	11 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>	2	9
17	12	F	1 <sup>e</sup>	4	2	6 <sup>e</sup>	7	40	42	15 <sup>e</sup>	18 <sup>e</sup>	11	1
18	10	F	1 <sup>e</sup>	1	2	4 <sup>e</sup>	5	32	34	9 <sup>e</sup>	11 <sup>e</sup>	6	3
19	8	M	1 <sup>e</sup>	2	3	3 <sup>e</sup>	3	28	27	10 <sup>e</sup>	12 <sup>e</sup>	5	3

<sup>1</sup> Se référer à la description du code présentée à l'appendice A

\* m indique des mois

### Rationnel du pairage

La structure familiale constitue le premier facteur retenant l'attention dans le pairage. Plusieurs auteurs sont d'avis en effet que la structure familiale est reliée à la qualité des relations familiales (Sampson, 1965; Clausen, 1966). Puisque la qualité des relations familiales constitue l'influence primordiale dans le développement de l'estime de soi (Coopersmith, 1967; Sears, 1970; Jodoin, 1976), la structure familiale s'avère le facteur le plus important à contrôler.

Il est difficile toutefois de déterminer à l'heure actuelle quelle est la structure familiale qui offre les meilleures conditions pour une estime de soi positive. Les données empiriques disponibles sont en effet contradictoires.

Falbo (1977), suite à une revue de littérature, dégage les conclusions suivantes sur la position de l'enfant dans la famille. L'auteur rapporte une étude observant que les enfants uniques, ou premiers de famille, ont une estime de soi plus faible que les autres enfants (Zimbardo et Fornica, 1963). Une autre étude arrive à la conclusion inverse (Rosenberg, 1965). Une autre avance que ce sont les derniers de famille qui sont susceptibles d'avoir une estime de soi supérieure et qu'il n'y a pas de différence entre les enfants uniques et les autres (Kaplan, 1970).

Longfellow (1979), faisant une revue de littérature sur la structure parentale (présence d'un ou de deux parents dans la famille), fait les observations suivantes. Il semble difficile d'identifier chez les enfants

des effets négatifs du divorce clairement définis et présents dans tous les cas. Les problèmes de discipline sont toutefois plus fréquents dans les familles monoparentales. Cette observation est importante puisque l'exercice de la discipline est reliée à la formation de l'estime de soi (Coopersmith, 1967; Campbell-Comstock, 1973).

D'autres recherches sont nécessaires pour clarifier les contradictions mentionnées ci-haut. La structure familiale constitue le premier facteur à être contrôlé dans le pairage puisque l'hypothèse selon laquelle cette dernière est reliée à la qualité des relations familiales et à l'estime de soi, reste toujours présente (Sampson, 1965; Clausen, 1966).

Tout de suite après, le contrôle porte sur les résultats scolaires étant donné l'unanimité des recherches sur la question. L'étude de Coopersmith (1967), et plusieurs autres recherches rapportées par Jodoïn (1976), s'accordent toutes à dire que la réussite scolaire est associée à une estime de soi positive (Piers et Harris, 1964; Sears, 1970; Kokenes, 1974).

Le niveau socio-économique vient immédiatement après la structure familiale et les résultats scolaires. Une revue de littérature faite par Trowbridge et al. (1972) dégage les conclusions suivantes. Les auteurs qui postulent qu'un faible revenu financier entraîne une estime de soi négative sont nombreux (Ausubel et Ausubel, 1963; Erickson, 1963; Wittey, 1967). Les écrits de Deutsch (1973) sont dans le même sens. Les recherches dont les conclusions contredisent cette hypothèse sont toutefois aussi nombreuses que celles qui la confirment. Puisque l'influence du niveau socio-économique

reste difficile à évaluer, il importe de contrôler cette variable immédiatement après la structure familiale et les résultats scolaires.

L'âge est le facteur suivant à être contrôlé dans le pairage. Les études sur l'influence de l'âge s'accordent à dire qu'elle est inexistante chez les enfants de l'élémentaire. Jodoin (1976) rapporte plusieurs études allant dans ce sens (Lipsitt, 1958; Horowitz, 1962). Des changements dans l'estime de soi semblent toutefois se produire au cours de la sixième année scolaire. Jodoin (1976) cite à ce sujet les recherches de Piers et Harris (1964) et de Kokenes (1974).

Ces conclusions vont dans le même sens que la théorie de la genèse du concept de soi postulant qu'à partir de cinq ans, et ce jusqu'à l'adolescence, les enfants traversent une seule phase de développement (L'Ecuyer, 1978b). L'influence de l'âge ne serait donc importante à contrôler que pour les sujets âgés de 11 ou 12 ans, possiblement au début de l'adolescence.

Le sexe est le dernier facteur à être contrôlé dans le pairage. Jodoin (1976) rapporte de nombreuses études indiquant que le sexe n'est pas une variable significative dans la mesure de l'estime de soi des enfants à l'élémentaire.

L'ordre de priorité dans les variables à contrôler est donc le suivant: tout d'abord, la structure familiale, par la suite les résultats scolaires, le niveau socio-économique, l'âge et finalement, le sexe.

Il s'agit par la suite de déterminer, pour chacune de ces variables, des critères qui serviront à sélectionner les sujets les plus appropriés au pairage, advenant le cas où il n'y ait aucun enfant identique disponible. Des catégories sont donc fixées à l'intérieur de chacune des variables. Les limites de chaque classe délimitent l'écart pouvant exister entre un sujet du groupe expérimental et un sujet du groupe contrôle sans que l'estime de soi en soit affectée.

Au niveau de la structure familiale, les catégories les plus fréquemment utilisées dans les recherches s'appliquent dans le pairage. Ce sont les suivantes:

#### Structure familiale

##### a) Structure parentale

- Catégories: 1. monoparentale  
2. deux parents

##### b) Fratrie

- Catégories: 1. enfants uniques  
2. premiers d'une famille de deux ou trois  
3. premiers d'une famille de quatre, cinq ou six  
4. deuxième d'une famille de trois ou quatre  
5. troisième d'une famille de quatre, cinq ou six  
6. derniers d'une famille de deux ou trois  
7. derniers d'une famille de quatre ou plus.



Les informations recueillies au sujet des résultats scolaires et du niveau socio-économique se présentent déjà sous la forme de catégories. La présentation de ces catégories est faite de façon détaillée à l'appendice A. Il est possible de regrouper certaines d'entre elles sans que l'estime de soi en soit affectée. Une analyse de variance, faite à partir des données recueillies sur le groupe ayant participé à l'analyse d'item, apporte des informations à ce sujet.

Au niveau des résultats scolaires, l'analyse indique qu'il est possible de regrouper les catégories initiales trois et quatre en une seule. Les deux premières catégories sont toutefois conservées car elles diffèrent significativement l'une de l'autre. Les catégories suivantes sont donc utilisées dans le pairage.

#### Résultats scolaires

- Catégories:
1. entre 90% et 100%
  2. entre 80% et 90%
  3. entre 60% et 80%

En ce qui concerne le niveau socio-économique, les revenus financiers inférieurs à \$15 000, dollars sont regroupés dans une seule catégorie. Les catégories initiales 1 et 2 ne sont pas significativement différentes l'une de l'autre. Tous les autres catégories sont toutefois conservées car elles diffèrent entre elles de façon significative. Les catégories suivantes sont donc utilisées dans le pairage.

### Niveau socio-économique

- Catégories: 1. jusqu'à \$15 000,  
2. entre \$ 15 000, et \$20 000,  
3. entre \$20 000, et \$25 000,  
4. entre \$25 000, et \$30 000,  
5. entre \$30 000 et \$35 000,  
6. plus de \$35 000,.

Pour ce qui est de l'âge, les catégories suivantes sont utilisées puisque les sujets plus âgés peuvent être au début de l'adolescence, période pendant laquelle l'estime de soi subit des changements (L'Ecuyer, 1978).

### Age

- Catégories: 1. 8, 9 et 10 ans  
2. 11 et 12 ans.

L'analyse faite à partir des données recueillies sur le groupe d'analyse d'item, indique que le sexe est une source de variance significative à la catégorie "parents" pour tous les âges sauf à huit ans. Ce résultat contredit les études faites à ce sujet qui sont rapportées par Jodoin (1976). Les catégories suivantes sont conservées puisqu'il existe un doute quant à l'influence de cette variable.

### Sexe

- Catégories: 1. féminin  
2. masculin.

### Comparaison du groupe contrôle et du groupe expérimental

Compte-tenu des critères préalablement définis, le pairage est parfait en ce qui a trait à la structure familiale, tant au niveau des parents qu'au niveau de la fratrie. Il en est de même pour les résultats scolaires.

Quant au niveau socio-économique, 13 paires sur 19 sont équivalentes. Un écart de cinq mille dollars sépare les revenus financiers des familles dans quatre paires. Une différence plus marquée s'observe chez deux autres paires: le revenu financier varie en effet de \$15 000, dollars.

En ce qui concerne l'âge des sujets, 14 paires sur 19 respectent les catégories fixées. Les cinq autres paires se répartissent de la façon suivante: trois couples se composent d'un sujet âgé de 10 ans et d'un autre âgé de 12 ans, un couple est formé d'un sujet de 10 ans et d'un autre de 12 ans, et le dernier d'un enfant de 9 ans et d'un autre de 12 ans.

Pour ce qui est du sexe, 11 paires sont composées d'enfants de même sexe tandis qu'une fille et un garçon se retrouvent dans 8 autres.

Le tableau 2 fournit une présentation encore plus détaillée des sujets composant le groupe contrôle et le groupe expérimental.

### Traitement des résultats

L'analyse de la variance permettra de comparer l'estime de soi des enfants diabétiques à celle des sujets constituant le groupe contrôle.

Tableau 2  
 Comparaison des sujets du groupe contrôle  
 et du groupe expérimental

Sujets	Caractéristiques <sup>1</sup>					
	Age	Sexe	Structure parentale	Position dans la fratrie	Résultats scolaires	Revenu financier
1 E	1	2	2	6	3	3
1 C	1	2	2	6	3	3
2 E	2	1	2	2	3	4
2 C	1	2	2	2	3	4
3 E	1	2	2	6	3	2
3 C	2	2	2	6	3	2
4 E	1	1	2	2	3	3
4 C	1	2	2	2	3	3
5 E	1	1	2	7	3	2
5 C	1	2	2	7	3	3
6 E	2	2	1	6	2	5
6 C	1	1	1	6	2	4
7 E	1	2	1	1	3	4
7 C	1	1	1	1	3	3
8 E	2	1	2	2	1	1
8 C	2	1	2	2	1	1
9 E	2	1	2	7	3	2
9 C	2	1	2	7	3	6
10 E	1	2	2	2	3	2
10 C	1	2	2	2	3	2
11 E	1	2	2	6	3	2
11 C	1	2	2	6	3	2

Tableau 2 (suite)  
 Comparaison des sujets du groupe contrôle  
 et du groupe expérimental

Sujets	Caractéristiques <sup>1</sup>					
	Âge	Sexe	Structure parentale	Position dans la fratrie	Résultats scolaires	Revenu financier
12 E	1	1	2	5	3	1
12 C	1	2	2	5	3	1
13 E	1	1	2	2	1	6
13 C	1	2	2	2	1	6
14 E	1	1	2	6	2	2
14 C	1	1	2	6	2	2
15 E	1	1	2	2	1	6
15 C	2	1	2	2	1	5
16 E	2	2	2	2	1	2
16 C	1	1	2	2	1	2
17 E	2	1	2	3	2	6
17 C	1	1	2	3	2	6
18 E	1	1	2	1	2	4
18 C	1	1	2	1	2	1
19 E	1	2	2	2	3	2
19 C	1	2	2	2	3	2

<sup>1</sup>

Se référer à la description du code présentée dans le texte.

L'analyse portera sur les scores d'estime de soi global et sur les scores d'estime de soi relevant de chacune des catégories composant le questionnaire: l'estime de soi reliée aux parents, au sujet lui-même, à l'école et aux pairs.

### Chapitre III

#### L'instrument de mesure

Ce chapitre présente en détail le questionnaire de Jodoin servant d'instrument de mesure de l'estime de soi. De plus, il rend compte du travail réalisé dans la présente recherche pour améliorer le questionnaire et s'assurer de sa validité.

Ce travail se divise en plusieurs étapes. Tout d'abord, conformément à la recommandation formulée par Jodoin, une vérification linguistique est faite. L'étape suivante consiste à parachever l'instrument afin qu'il soit prêt à être expérimenté auprès des enfants en composant une consigne et en déterminant un mode de réponse aux items de même qu'un mode de cotation. Finalement, la réalisation d'une analyse d'item permet l'étude de plusieurs propriétés de l'instrument de mesure. Cette analyse constitue de fait la partie la plus importante du travail. En effet, à l'heure actuelle, l'analyse de validité de contenu faite par Jodoin est la seule source d'informations disponible sur la validité du questionnaire.

#### Présentation du questionnaire de Jodoin

La construction du questionnaire de Jodoin s'appuie sur le rationnel suivant. En se basant sur les théories existantes ainsi que sur les données expérimentales disponibles, l'auteur identifie quatre principales variables reliées à l'estime de soi ou à sa formation. La liste suivante présente ces variables ainsi que les auteurs sur lesquels Jodoin s'appuie:



- 1) les attitudes des parents face à l'enfant (Coopersmith, 1967; Berne, 1969; Branden, 1969; Sears, 1970; Yamamoto, 1972)
- 2) certaines caractéristiques personnelles de l'enfant lui fournissant un pouvoir d'auto-détermination (Horowitz, 1962; Piers et Harris, 1964; Coopersmith, 1967; Branden, 1969)
- 3) l'expérience de l'enfant à l'école (Davidson et Lang, 1960; Piers et Harris, 1964; Coopersmith, 1967; Sears, 1970; Yamamoto, 1972; Kokenes, 1974)
- 4) les relations avec les pairs (Horowitz, 1962; Coopersmith, 1967; Yamamoto, 1972; Kokenes, 1974)

Ces quatre variables servent de canevas à la définition opérationnelle de l'estime de soi proposée par Jodoin (1976):

"Nous définissons le "self-esteem" par quatre catégories: 1) les parents; 2) le sujet; 3) le professeur et l'école; et 4) les pairs".  
(p. 47)

L'auteur élabore à partir de cette définition 68 questions.

Le nombre d'item dans chaque catégorie est proportionnel à l'importance du rôle joué par chacune des variables, selon le rationnel théorique de l'auteur. On retrouve donc 35% des item à la catégorie 1 ainsi qu'à la catégorie 2, et 15% à chacune des deux dernières catégories. La moitié des item se veulent des indicateurs positifs d'estime de soi, et l'autre moitié des indicateurs négatifs, ceci pour pallier au "response set".

L'appendice B présente la liste des item appartenant à chacune des catégories. La direction des item, à savoir s'ils sont positifs ou négatifs, y est aussi indiquée.

Il existe deux grands types de procédure pour mesurer l'estime de soi: les méthodes auto-descriptives et les techniques d'inférence (L'Ecuyer, 1975). Le questionnaire de Jodoin appartient à la première catégorie puisque les sujets rendent compte eux-mêmes de leur estime de soi. En effet, chacun des item contient une description de ce qu'une personne peut être. Les enfants indiquent par leur réponse si, oui ou non, l'item correspond à la perception qu'ils ont d'eux-mêmes.

Les techniques d'inférence, quant à elles, utilisent des tests projectifs ou des grilles d'observation de comportements pour mesurer l'estime de soi.

Jodoin fait un choix pertinent en construisant un instrument de mesure auto-descriptif. Comme le dit si bien Patterson (1961: voir L'Ecuyer, 1975):

"... il n'y a aucune autre approche (que l'auto-description) dans la détermination du concept de soi puisque, par définition, c'est la perception de soi par l'individu et alors personne d'autre ne peut le rapporter ou le décrire". (p. 84)

Après avoir construit le questionnaire, Jodoin procède à une analyse de validité de contenu afin de vérifier si l'instrument mesure vraiment le concept étudié. L'auteur a recours au jugement de 20 experts de

différentes disciplines (psychologues, professeurs, etc.). Elle leur demande de se prononcer sur la direction de chacun des item, à savoir s'ils sont positifs ou négatifs. Dans un deuxième temps, les juges doivent déterminer à quelle catégorie chacun des item appartient.

Suite à l'analyse des réponses des juges, Jodoin observe que dans 94% des cas ( $\sigma=10,2$ ) ces derniers sont d'accord pour évaluer les item comme étant positifs ou négatifs en fonction de l'estime de soi. Jodoin interprète ce résultat comme un indice de fidélité des pondérations accordées aux item. Quant à la fidélité des catégories de l'estime de soi, parents, sujets, école et pairs, elle est de 83,5% (Jodoin, 1976).

Ces résultats indiquent que le questionnaire présente des qualités intéressantes. Il s'agit maintenant de pousser un peu plus loin l'étude de l'instrument de mesure.

#### Vérification linguistique

Le questionnaire de Jodoin, en utilisant l'auto-description comme méthode de mesure, fait appel aux capacités verbales des sujets. Il présente donc un risque de biais puisque les différences observées entre les sujets peuvent relever aussi bien du niveau d'aptitude à la communication écrite que de l'estime de soi. Ce risque est encore plus important lorsque le questionnaire s'adresse à une population enfantine aux capacités verbales limitées (Wells et Marwell, 1976).

Afin de contrôler cette source d'influence parasite de manière à ce que l'instrument mesure bien l'estime de soi, une préexpérimentation s'avère nécessaire (Jodoin, 1976). Il s'agit de s'assurer que les enfants connaissent le sens des mots et des expressions contenus dans les item. Il faut aussi vérifier si les enfants sont suffisamment compétents en lecture pour décoder les phrases et comprendre le sens général des questions.

Un expérimentateur a procédé à cette vérification linguistique par des rencontres individuelles auprès d'une dizaine d'enfants. Chaque enfant doit lire à haute voix les item et identifier les mots difficiles à comprendre. Après chaque question, l'adulte demande à l'enfant de dire si la phrase correspond à ce qu'il est et pourquoi. De plus, pour compléter l'information recueillie auprès des enfants, un linguiste et un professeur à l'élémentaire donnent leur avis sur les qualités linguistiques des item.

Ce travail permet de détecter un certain nombre de problèmes. Il apparaît que le sens de certains mots et de quelques expressions échappe aux enfants. C'est le cas par exemple du mot "interroge" à l'item 12. D'autres mots s'avèrent difficiles à lire, entre autre, le terme "difficultés" à l'item 36.

En plus des difficultés de lecture et de vocabulaire, le questionnaire présente des ambiguïtés dans le sens général de certains item. A l'item 5, par exemple, les sujets se demandent si la question réfère au travail scolaire spécifiquement ou englobe les ouvrages de tout genre.

Finalement, d'autres questions semblent référer à des situations que les enfants ne vivent pas en réalité. C'est le cas notamment de l'item 16 qui se formule comme suit: "aux récréations, des amis me demandent pour jouer avec eux". Les réactions des enfants ont montré que la question n'est pas appropriée puisque la récréation se passe en activités regroupant toute la classe.

Afin de pallier aux difficultés mentionnées ci-haut, des termes plus accessibles aux enfants remplacent maintenant les mots ou les expressions posant problème. Toutes les modifications apportées respectent le sens initial des item formulés par Jodoin. Une nouvelle version du questionnaire découle donc de la vérification linguistique. Il s'agit de consulter l'appendice C pour prendre connaissance de la version modifiée du questionnaire utilisée pour l'analyse d'item.

#### Parachèvement du questionnaire

A l'heure actuelle, le questionnaire de Jodoin ne comporte pas de consigne. De plus, le mode de réponse offert à la suite des item reste encore à déterminer. Il manque aussi un mode de cotation permettant d'obtenir les scores d'estime de soi. Avant d'expérimenter le questionnaire auprès des enfants, il s'agit donc de formuler une consigne et de déterminer un mode de réponse aux item de même qu'un mode de cotation.

#### Consigne

La consigne, telle qu'elle a été formulée, fournit aux sujets les instructions nécessaires sur la façon de répondre au questionnaire. Elle

poursuit deux buts spécifiques conformément aux recommandations faites par Wells et Marwell en 1976. Premièrement, elle informe les répondants du fait que le questionnaire porte sur des descriptions de soi. Deuxièmement, elle stimule le sujet à répondre en considérant son vécu intérieur et l'état habituel dans lequel il se trouve. Ainsi, l'estime de soi dans sa partie stable et permanente a plus de chances d'être mesurée.

#### Forme de réponse

La forme de réponse aux items du questionnaire que Jodoin propose est la suivante. Le sujet a le choix entre oui ou non. Une réponse positive indique que la description contenue dans l'item correspond à la perception qu'a le sujet de lui-même. Une réponse négative dénote l'inverse.

Dans la présente recherche, une tentative est faite afin d'offrir au sujet une plus grande variété de réponses. De cette manière, l'enfant peut exprimer non seulement son accord ou son désaccord face à un item, mais aussi le degré de correspondance entre l'item et sa perception de lui-même. L'item 23, par exemple, se formule comme suit: "mes amis trouvent que j'ai de bonnes idées". Le sujet, au lieu d'opter pour oui ou non comme le propose Jodoin, peut avoir le choix de répondre jamais ou quelquefois, ou bien encore souvent.

Cet essai s'est finalement avéré impossible puisque de nombreux items contiennent déjà en eux-mêmes des adverbes indiquant un degré, une intensité. L'item 33, par exemple, se formule ainsi: "le professeur dit souvent que je ne comprends rien". Afin d'offrir un choix de réponses

graduées aux sujets, il serait nécessaire de reprendre la formulation de nombreux item. Cela constitue une tâche trop lourde, compte-tenu des limites de la présente recherche.

Finalement, conformément à la suggestion de Jodoin, les sujets ont donc le choix entre oui ou non. Le choix "je ne sais pas" est aussi possible mais il n'est pas offert afin de contrecarrer le plus possible ce type de réponse.

#### Mode de cotation

Le mode de cotation choisi est le suivant. Dans le cas d'un item indicateur d'une estime de soi positive, le sujet obtient un point lorsqu'il répond oui. S'il répond négativement, il perd alors un point. En ce qui a trait aux item indicateurs d'une estime de soi négative, l'inverse se produit. Une réponse négative permet d'obtenir un point tandis qu'une réponse positive en fait perdre un.

Un autre mode de cotation est toutefois possible. Dans le cas d'une réponse favorable à une estime de soi positive, le sujet obtient un point conformément au mode de cotation mentionné ci-haut. La différence entre ce second mode de cotation et le premier réside dans la manière de traiter les réponses indiquant une estime de soi négative. Au lieu d'enlever un point comme dans le mode de cotation choisi, il est possible aussi de n'accorder aucun point tout simplement.

Le premier mode de cotation mentionné est retenu, puisqu'il permet une distribution plus étendue des sujets. En effet, l'étude des scores d'estime de soi obtenus par les enfants ayant participé à l'analyse d'item montre que le premier mode de cotation entraîne un écart-type de 13,2 tandis que le second présente un écart de 6,73.

Quant au score global d'estime de soi, il s'obtient de la façon suivante. L'addition des points obtenus à l'ensemble des item appartenant à chacune des catégories fournit un score d'estime de soi par catégorie. L'addition de ces quatre résultats permet d'obtenir un score d'estime de soi global.

#### Analyse d'item

L'analyse d'item porte sur les aspects spécifiques suivants. Dans un premier temps, l'étude des corrélations tétrachoriques renseigne sur la cohérence interne des catégories. Il s'agit par ce moyen de vérifier si les item d'une même catégorie ont suffisamment de propriétés communes sans toutefois trop se répéter. Ensuite, l'étude des corrélations bisé-riales vérifie si chaque item est bien placé à l'intérieur de la catégorie avec laquelle il est le mieux relié. Il s'agit aussi de voir dans quelle mesure chacune des catégories est bien reliée à l'ensemble du test. Les corrélations existant entre les scores obtenus par les sujets à chacune des catégories d'une part, et, d'autre part, les scores résultant de l'ensemble du test apportent des informations à ce sujet. Et pour finir, la formule de Spearman-Brown renseigne sur la consistance interne du test.



### Procédure

La procédure suivante permet la réalisation de l'analyse d'item. Le questionnaire est administré à des enfants, âgés de 8 à 12 ans, élèves au cours primaire régulier. L'expérimentation a lieu dans les classes des enfants. Aucune sélection n'est faite à l'intérieur des classes sollicitées; tous les écoliers dont les parents sanctionnent la participation répondent au questionnaire.

L'administration du test s'effectue dans des classes regroupant environ 25 étudiants chacune. La consigne est lue par l'expérimentateur qui est seul présent lors de la passation du test. Les conditions d'expérimentation pour la validation du questionnaire, -à l'exception du milieu physique-, sont identiques à celles utilisées lors de la passation du test dans la présente recherche.

Les parents des enfants ont à répondre par courrier à un questionnaire d'informations générales, lequel est reproduit à l'appendice D.

### Description de la population

La population servant à la validation du test, Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant, est choisie dans deux écoles des Trois-Rivières et une de Sherbrooke. Le nombre d'enfants participant à cette analyse se chiffre à 129. Sur l'ensemble des sujets, cinq sont éliminés pour les raisons suivantes. Trois d'entre eux ont laissé trop d'item sans réponse dans leur questionnaire. Ces sujets, en s'abstenant de répondre à sept item ou plus, se situent à plus de trois écart-types de la moyenne du nombre

d'item laissés sans réponse pour l'ensemble de la population. La figure 2, répartit l'ensemble de la population selon le nombre d'item laissés sans réponse dans les questionnaires.

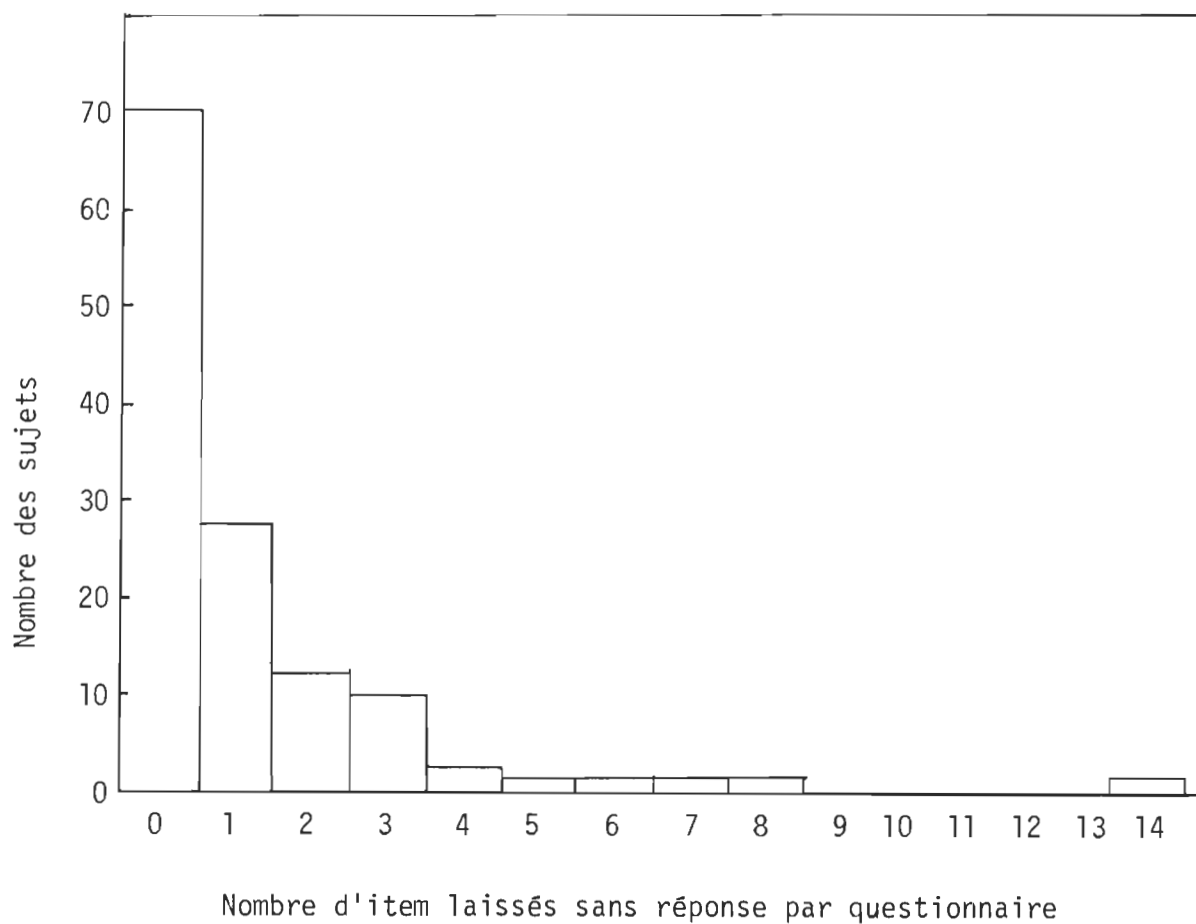


Fig. 2 - Distribution des sujets ayant participé à l'analyse d'item selon le nombre d'item laissés sans réponse par questionnaire

Un autre sujet est éliminé à cause de la présence d'un "response set". En effet, le score obtenu à l'ensemble des items positifs s'approche du maximum possible, c'est-à-dire 35. Le score obtenu à l'ensemble des items négatifs s'approche, lui, du minimum possible, c'est-à-dire -33. C'est dire que cet enfant a répondu oui de façon presque systématique à l'ensemble du test. Un dernier sujet est retiré parce qu'il vient d'avoir 13 ans.

L'analyse d'item porte donc sur les réponses fournies par 122 sujets, plus précisément 50 garçons et 71 filles répartis en cinq groupes d'âge de 8 à 12 ans. Cette population est en majorité francophone (98,36%) et de religion catholique à 97,54%. Le milieu familial est composé à 90,98% de foyers unis, dont le père et la mère vivent ensemble, ce qui représente 111 foyers, et 9,02% de foyers désunis (11 foyers). En ce qui a trait au nombre d'enfants par famille, 72,13% de la population est issue de familles de deux à trois enfants, et 88,52% de familles de deux, trois ou quatre enfants. Une des familles comprend 12 enfants. Une description plus détaillée de la population est présentée à l'appendice E.

Près de la moitié des enfants testés (55) sujets sont premier de famille et 91,80% de l'échantillon se situe dans les trois premiers rangs.

L'âge des mères de la population étudiée varie de 28 à 54 ans. Pour les pères, il varie de 29 à 62 ans, quatre pères s'étant abstenus de mentionner leur âge. Sur le plan scolaire, les mères ont un niveau d'instruction variant de 4 à 19 années d'études; une mère s'est abstenue de donner son degré de scolarité. Pour les pères le degré de scolarité varie de 5 à 21 années, mais sept pères n'en font pas mention.

Le revenu familial, tel que présenté dans le tableau 3, se situe en moyenne aux alentours de \$18 700,. Toutefois, deux familles n'ont pas mentionné leur revenu.

Parmi la population totale, les parents de 96 enfants sont propriétaires du logement habité et dans le cas des 25 autres, ils sont locataires.

Les sujets proviennent dans une proportion de 84,42% de la région de Trois-Rivières, soit 92 sujets de l'école St-Dominique et 11 de l'école Ste-Marguerite. Les autres, 15,57% viennent de l'école Ste-Anne de Sherbrooke (19 sujets). Cette population s'échelonne de la troisième à la septième année, la moyenne se situant à 4,7 années de scolarité avec un écart-type de 1,35.

En ce qui a trait aux résultats scolaires, les enfants ont une moyenne de 82,79% ( $\sigma=0,787$ ).

### Présentation des résultats

#### Corrélations tétrachoriques

Les corrélations tétrachoriques entre les items faisant partie d'une même catégorie présentent les tendances générales suivantes. A la catégorie parents, la moyenne des corrélations est de ,2626; à la catégorie sujet, elle est de ,1887. Aux catégories école et pairs, les moyennes sont respectivement de ,4495 et de ,2297.

Parfois, les calculs de corrélations tétrachoriques sont rendus impossibles dû au trop grand nombre de sujets qui donnent des réponses

similaires. Etant donné la répartition des réponses "oui" et "non" à l'item 57, il est impossible de calculer un coefficient de corrélation tétrachoriques entre cet item et les autres item de l'échelle. Il a cependant été retenu en raison du coefficient de corrélation bisériale (,40) entre l'item et le résultat à l'échelle Une mesure du "Self-esteem" chez l'enfant. L'appendice F présente en détail des corrélations obtenues entre les item pour chacune des catégories concernées.

#### Corrélations bisérielles

Les corrélations bisérielles, telles qu'elles apparaissent à l'appendice G, présentent les caractéristiques générales suivantes. A la catégorie école, tous les item ont une corrélation plus forte avec leur propre catégorie qu'avec n'importe quelle autre catégorie. Quant aux catégories parents, sujet et pairs, presque tous les item ont des corrélations supérieures avec leur propre catégorie.

Les item ne répondant pas à l'observation mentionnée ci-haut sont les suivants. A la catégorie pairs, l'item 29 se rattache plus fortement à la catégorie sujet (,1964) qu'à sa propre catégorie (,1829).

A la catégorie sujet, cinq item ont une corrélation plus forte avec une autre catégorie que celle dont ils font partie. En effet, les item 38, 44, et 64 sont plus fortement reliés à la catégorie école (respectivement ,3993; ,2691 et ,2511) qu'à la catégorie sujet (respectivement ,3539; ,1924 et ,2510). Les deux autres item mentionnés, les numéros 60 et 67, ont des corrélations plus élevées avec la catégorie parents (respectivement ,2817 et ,3775) qu'avec leur propre catégorie (respectivement ,2368 et ,3169).

A la catégorie parents, l'item 7 a une corrélation plus grande dans la catégorie 3 (,3734) que dans sa propre catégorie (,3489). Il en est de même pour l'item 28 qui présente une corrélation de ,4647 avec la catégorie 3 et de ,3872 avec la catégorie 1 dont il fait partie.

En étudiant de plus près les item mentionnés ci-haut au moyen du "t" de Student, il apparaît toutefois que la différence de corrélation observée n'est dans aucun cas significative et qu'il n'est pas nécessaire par conséquent de changer ces item de catégorie (Guilford et Fruchter, 1973).

#### Corrélations catégories-test

Les corrélations observées entre les scores obtenus aux différentes catégories et les scores résultant de l'ensemble du test sont les suivantes. Pour les catégories parents, sujet, école et pairs, les résultats dans l'ordre apparaissent ainsi: ,7402; ,8474; ,7600; ,7148 (P = ,001).

#### Coefficient de Spearman-Brown

Etant donné la pénurie d'instruments français mesurant l'estime de soi, la formule de Spearman-Brown a permis d'évaluer la consistance interne du questionnaire de Jodoin.

Pour l'ensemble du test, la corrélation obtenue est de ,9024. Pour ce qui est de chacune des catégories, les corrélations sont les suivantes: parents (,6695), sujet (,7002), école (,7970) et pairs (,5087).

#### Interprétation des résultats

La cohérence interne de chacune des catégories est bonne. En effet, idéalement, la moyenne des corrélations doit se situer autour de ,20 (Guilford et Fruchter, 1973). Les catégories parents, sujet et école s'approchent de

très près de cet idéal. Quant à la catégorie école, les item se ressemblent beaucoup sans toutefois être trop répétitifs.

L'analyse fait aussi apparaître que la plupart des item sont de fait placés à l'intérieur de la catégorie à laquelle ils sont le plus reliés. Les quelques item faisant exception à cette observation sont tout de même conservés à l'intérieur de leur catégorie puisque les différences observées ne sont pas significatives.

L'analyse d'item vérifie de plus l'homogénéité des catégories par rapport à l'ensemble du test. Il est donc possible d'additionner les résultats obtenus à chacune des catégories pour obtenir un score global d'estime de soi. L'existence de catégories différentes demeure toutefois justifiée puisque chacune a un apport distinct.

Finalement, la consistance interne du test est très bonne. Les résultats obtenus par les sujets sont donc généralisables. En effet, il est possible de penser que les sujets obtiennent des scores équivalents s'ils répondent à un autre questionnaire mesurant lui aussi l'estime de soi. La consistance interne des catégories parents, sujet et école est bonne. Elle est toutefois plus faible à la catégorie pairs, mais reste tout de même acceptable.

Les qualités du questionnaire de Jodoin révélées par l'analyse d'item justifient donc l'emploi de l'instrument de mesure dans la présente recherche. Il est important de noter toutefois que les item 31, 54

(catégorie parents) et 2, 8, 21, 30, 53 (catégorie sujet) ont dû être retirés suite à l'analyse faite. Cette conception finale du questionnaire utilisé pour la présente recherche se retrouve à l'appendice H.



Chapitre IV

Résultats

## Présentation et analyse des résultats

Les enfants diabétiques et les enfants du groupe contrôle obtiennent des résultats équivalents à l'estime de soi globale. La moyenne des résultats, en effet, est de 44,05 chez le groupe expérimental, et de 39,05 chez le groupe contrôle. La différence observée n'est pas significative.

L'estime de soi globale mesurée découle de quatre facteurs: les relations avec les parents, certaines caractéristiques personnelles du sujet, l'expérience de l'enfant à l'école et les relations avec les pairs. Les deux premiers facteurs mentionnés déterminent toutefois en grande partie les scores obtenus. En effet, 70% des items appartiennent à la catégorie "parent" et "sujet", tandis que 30% seulement réfèrent aux deux autres catégories.

Aucune prédiction n'avait été faite en ce qui concerne l'estime de soi spécifiquement reliée aux parents, au sujet, à l'école et aux pairs. Les résultats obtenus à chacune de ces catégories sont tout de même analysés.

A la catégorie "parents", le groupe expérimental et le groupe contrôle obtiennent des résultats équivalents. La moyenne des résultats est de 16,47 pour les enfants diabétiques et de 14,89 pour les enfants dits normaux. La différence observée n'est pas significative. Il en est de même

à la catégorie "sujet". Les enfants diabétiques ont une moyenne de 12,63, et les enfants du groupe contrôle, 11,52. A la catégorie "pairs", la moyenne est de 6,68 pour le groupe expérimental et de 6,05 pour le groupe contrôle. Cette différence n'est pas significative elle non plus.

A la catégorie "école", le test F indique que la distribution des résultats diffère significativement d'un groupe à l'autre ( $p < ,05$ ). L'écart-type est 3,46 pour les enfants du groupe contrôle alors qu'il n'est que de 1,93 pour les enfants diabétiques. Cette différence est analysée plus loin.

Pour ce qui est des moyennes des deux groupes à la catégorie "école", la différence n'est pas significative. La moyenne des résultats est de 8,26 pour les enfants diabétiques et de 6,57 pour les enfants du groupe contrôle.

Le tableau de la page suivante compare les résultats obtenus par le groupe d'enfants diabétiques et le groupe contrôle aux différentes échelles du questionnaire de Jodoin.

Tableau 3

Comparaison des résultats obtenus par le groupe d'enfants  
diabétiques et le groupe contrôle aux différentes  
échelles du questionnaire de Jodoin

Echelles	Groupe expérimental		Groupe contrôle		t	F
	$\bar{M}$	$\sigma$	$\bar{M}$	$\sigma$		
Parents	16,47	3,16	14,89	4,09	1,32	1,67
Ecole	8,26	1,93	6,57	3,46	1,89	3,21*
Pairs	6,68	2,13	6,05	2,91	0,76	1,86
Sujets	12,63	5,67	11,52	5,16	0,62	1,20
Global	44,05	8,69	39,05	11,59	1,50	1,77

\*  $P < ,05$

L'appendice I présente les résultats individuels obtenus par chacun des sujets composant le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Les résultats obtenus indiquent donc que l'estime de soi des enfants diabétiques, âgés de 8 à 12 ans, est équivalente à celle des enfants dits normaux. L'hypothèse formulée dans cette recherche se trouve infirmée.

Les données recueillies contredisent l'idée généralement répandue dans la littérature selon laquelle une maladie chronique s'accompagne nécessairement de sentiments d'infériorité (Dimock, 1959; Ack et al., 1961; Diller, 1965; Freud, 1976). Elles contredisent aussi les conclusions des travaux étudiant l'image corporelle (Swift, 1967; Kaufman et Herscher, 1971). Elles vont à l'encontre aussi de nombreux travaux sur l'adaptation des enfants diabétiques. L'étude de Swift (1967) et plusieurs autres travaux rapportés par Swift (1967) et Simonds (1979) appartiennent à cette dernière catégorie (Katz, 1943; Loughlin et Mosenthal, 1944; Boulin et al., 1951, Joslin, 1951, Treuting, 1962).

Les résultats de la présente recherche supportent toutefois les travaux suivants. La revue de littérature faite par Wright (1960) rapporte plusieurs études qui ne décèlent pas de sentiments d'infériorité chez les malades chroniques. Fallström (1974) observe que la force de l'"ego" des enfants diabétiques est équivalente à celle des autres enfants. Simonds (1977) obtient des résultats indiquant que les enfants diabétiques ont un niveau général d'adaptation aussi bon que celui des enfants en santé.

Les contradictions sont donc nombreuses en ce qui concerne l'estime de soi globale des enfants diabétiques. Elles seront discutées plus en profondeur dans ce chapitre.

Pour ce qui est des catégories de l'estime de soi, l'analyse montre que le jugement de valeur relié aux relations familiales, aux caractéristiques des sujets, à l'expérience à l'école et aux relations avec les pairs est équivalent chez les enfants diabétiques et chez les enfants dits normaux.

Ces conclusions contredisent de nombreux auteurs qui affirment que les jeunes diabétiques ont de pauvres relations avec leurs parents et leurs pairs (Sterky, 1963; Kessler, 1966; Swift, 1967; Koski, 1969; Fallström, 1974; Bruhn, 1977; Tarnow et Tomlinson, 1978).

Les résultats de cette recherche supportent toutefois l'étude de Simonds (1977) indiquant que les enfants diabétiques vivent des conflits interpersonnels semblables aux enfants dits normaux. Simonds (1979) rapporte d'ailleurs une autre étude allant dans le même sens que la sienne à savoir celle d'Olawatura (1972).

En ce qui a trait à l'école, le jugement de valeur que les enfants diabétiques posent sur eux-mêmes est équivalent à celui des enfants en santé. Cette conclusion est un peu fragile toutefois étant donné la différence significative observée au niveau des écarts-types ( $p < ,05$ ).

Les résultats obtenus au niveau de la catégorie "école" ne soulèvent pas de contradictions avec les précédentes recherches, comme c'est le cas

pour l'estime de soi globale et l'estime de soi reliée aux parents et aux pairs. Les recherches démontrent en effet que les enfants diabétiques ont une réussite scolaire équivalente à celle des enfants en santé (Sterky, 1963; Weil et Ack, 1964; Swift, 1967).

La différence significative observée au niveau des écarts-types est surprenante toutefois; d'autant plus que les enfants du groupe expérimental ont des résultats scolaires semblables à ceux du groupe contrôle. Ce facteur en effet est un des premiers à être contrôlé dans la formation du groupe contrôle. Le pairage réussi au niveau des résultats scolaires est parfait en fonction des critères établis dans la présente recherche.

Cette différence entre les deux groupes suggère plusieurs hypothèses. Il est possible que les enfants diabétiques valorisent la réussite scolaire de façon différente que les enfants dits normaux. Il est aussi possible que ce soit au niveau de la relation avec le professeur que les deux groupes diffèrent. La catégorie "école" du questionnaire de Jodoin ne réfère, en effet, pas seulement à la réussite scolaire, mais aussi à la qualité de relation avec le professeur. La vérification de ces hypothèses nécessiterait une étude spécifique sur la question. Les résultats obtenus dans la présente recherche, dont l'objet est l'estime de soi globale, sont insuffisants pour trancher la question.

Il est difficile de comparer les résultats obtenus à la catégorie "sujet" à d'autres données empiriques disponibles. Les recherches précédentes sur les enfants diabétiques, rapportées dans le contexte théorique,

n'étudient pas les aspects couverts par la catégorie "sujet".

Cette catégorie du questionnaire de Jodoin est d'ailleurs critiquable. L'auteur s'est appuyée principalement sur les écrits théoriques de Branden (1969) pour élaborer cette échelle qui couvre trois aspects: la confiance en soi, le sentiment de compétence et l'état affectif. Seul le dernier aspect s'appuie sur des données empiriques qui sont fournies par Coopersmith (1967)

### Discussion

La discussion suivante s'articule autour de trois thèmes. La première partie traite des écrits théoriques. L'énoncé qui est habituellement fait de la problématique de l'estime de soi des enfants diabétiques est discuté à la lumière des résultats obtenus dans la présente recherche.

La seconde partie aborde les recherches sur l'image corporelle. L'opérationnalisation de l'estime de soi faite dans ces travaux est comparée à celle de la présente recherche. Cette démarche permet de discuter adéquatement les contradictions entre les résultats de cette recherche et les conclusions des travaux précédents.

La troisième partie concerne les recherches sur l'adaptation.

### Écrits théoriques

Les résultats obtenus contredisent l'idée généralement répandue dans la littérature selon laquelle une maladie chronique entraîne nécessairement



des sentiments d'infériorité (Dimock, 1959; Ack et al., 1961; Diller, 1965; Freud, 1976). Cette contradiction mérite d'être analysée.

Wright (1960) rapporte plusieurs études allant dans le même sens que la présente recherche. Ces travaux fournissent en effet des données empiriques contredisant elles aussi l'hypothèse théorique courante. Certaines recherches trouvent en effet une corrélation faible entre la maladie et une estime de soi négative (Arluck, 1941; Shelky, 1957). Une autre ne trouve aucune relation (Sommers, 1944). D'autres encore observent un meilleur respect d'eux-mêmes chez les personnes souffrant d'une déficience physique (Arluck, 1941; Seidenfeld, 1948).

Wright (1960) analyse de la façon suivante les contradictions relevées entre les écrits théoriques et les données empiriques disponibles. Selon l'auteur, le consensus qui s'observe dans la littérature découle de la psychanalyse. Cette approche postule en effet que les expériences corporelles ont une importance centrale dans la personnalité (Fenichel, 1979). Par conséquent, une déficience corporelle se répercute nécessairement sur le plan psychologique (Adler, 1917). Anna Freud (1976) développe les mêmes idées en ce qui concerne les enfants malades.

Suite à l'influence de la psychanalyse, une déficience corporelle est considérée comme un facteur suffisant en soi pour déterminer la présence de sentiments d'infériorité. L'énoncé théorique concernant l'estime de soi des enfants malades s'est donc articulé autour d'une seule considération: la dimension corporelle.

Plusieurs données empiriques disponibles, dont celles fournies par cette recherche, indiquent toutefois que la maladie n'entraîne pas nécessairement une estime de soi négative. Ces faits suggèrent une nouvelle formulation du problème susceptible de conduire à une meilleure compréhension du lien existant entre la maladie chronique et l'estime de soi.

Plusieurs auteurs, dont Kessler (1966) et Pless et al. (1972), estiment que l'étude de l'impact psychologique de la maladie chronique nécessite la considération de nombreux facteurs. Les relations avec la famille, les relations avec les pairs, l'expérience à l'école sont des dimensions aussi importantes que l'aspect corporel. Il semble nécessaire aujourd'hui d'utiliser un modèle complexe et multidimensionnel incluant toutes les dimensions de l'enfant susceptibles d'être touchées par la maladie. Dans cette optique, il est essentiel d'étudier comment les différents jugements de valeur se combinent entre eux pour déterminer si, oui ou non, l'estime de soi est négative. Ces idées sont développées dans la partie suivante.

#### Recherches sur l'image corporelle

Les résultats obtenus contredisent les travaux de Swift (1967) et de Kaufman et Herscher (1971) concluant à la présence fréquente d'une estime de soi négative chez les enfants diabétiques.

Les considérations suivantes peuvent expliquer cette contradiction. Tout d'abord, les méthodes de mesure employées sont différentes. Cette recherche utilise une mesure de type auto-descriptif. Les enfants diabétiques rendent compte eux-mêmes de leurs perceptions de soi. Les travaux

de Swift (1967) et de Kaufman et Herscher (1971) emploient des techniques d'inférence. L'image corporelle est déduite par une personne autre que le sujet à partir de tests projectifs ou de grilles d'observation de comportement.

Il est pertinent de se demander si ces deux techniques sont équivalentes. Wells et Marwell (1976) écrivent que ces deux méthodes de mesure sont fondamentalement différentes. Ces auteurs rejoignent la position adoptée le plus souvent dans la littérature à ce sujet. Ils ajoutent que les résultats obtenus au moyen d'une technique d'inférence ne sont tout simplement pas comparables à ceux obtenus par une méthode auto-descriptive.

Les contradictions entre la présente recherche et les travaux de Swift (1967) et Kaufman et Herscher (1971) s'expliquent donc en partie par la différence fondamentale au niveau des méthodes de mesure employées.

Une discussion complète doit toutefois tenir compte aussi de l'opérationnalisation faite de l'estime de soi dans ces différents travaux. Wells et Marwell (1976) estiment que cette démarche est essentielle étant donné les nombreuses ambiguïtés qui existent au niveau des définitions de l'estime de soi. Les auteurs, en effet, ne cernent pas clairement les processus par lesquels l'estime de soi opère, ni les liens qui unissent cette dernière au concept de soi. De telles faiblesses au niveau conceptuel rendent l'opérationnalisation de l'estime de soi difficile. Toute tentative de mesure repose en effet sur des postulats implicites pouvant varier énormément d'une recherche à l'autre.

Il est donc important d'étudier l'opérationnalisation faite de l'estime de soi dans les travaux de Swift (1967) et de Kaufman et Herscher (1971) pour expliciter les principes sur lesquels elle s'appuie. Cette démarche permet de vérifier si l'objet de la mesure dans ces travaux est semblable à celui de cette recherche. Cette vérification est nécessaire pour discuter adéquatement les contradictions.

Dans les travaux de Swift (1967), de Kaufman et Herscher (1971) et de Fallström (1974), la mesure porte sur l'image corporelle. Les auteurs le disent clairement lorsqu'ils décrivent la méthodologie utilisée.

Les critères de mesure employés le démontrent d'ailleurs. En effet, les scores de pénétration et de barrière au Rorschach (Swift, 1967; Fallström, 1974) correspondent à l'opérationnalisation faite par Fischer et Cleveland (1968) dans leur recherche d'envergure sur l'image corporelle. De plus, lorsque les techniques graphiques sont utilisées, l'évaluation porte strictement sur la dimension corporelle. Kaufman et Herscher (1971) demandent aux enfants de faire un dessin représentant l'impact du diabète sur leur corps. Swift (1967) analyse les dessins du bonhomme sous les aspects reliés à la dimension corporelle (figures incomplètes, membres brisés ou déformés, corps ou tête mutilés).

La mesure porte donc sur l'image corporelle dans les travaux de Swift (1967), Kaufman et Herscher (1971), Fallström (1974). L'image corporelle ne représente qu'une des nombreuses régions du concept de soi; elle équivaut au soi somatique selon le modèle du concept de soi élaboré

par l'Ecuyer (1975). La figure 1 du contexte théorique présente ce modèle. L'auteur divise le concept de soi en cinq grands régions fondamentales. Le soi somatique est une portion limitée d'une de ces grandes structures.

Bien que la mesure porte strictement sur l'image corporelle, les conclusions des travaux portent sur l'ensemble du concept de soi et sur l'estime de soi globale des enfants diabétiques. Swift (1967) et Kaufman et Herscher (1971) interprètent donc leurs résultats en étendant les conclusions de l'étude bien au-delà du secteur du concept de soi mesuré.

L'Ecuyer (1978 a, b) écrit qu'une telle façon de procéder est malheureusement courante. Elle repose sur un postulat implicite qui accorde à l'image corporelle une place prépondérante dans le concept de soi. L'auteur rapporte en effet plusieurs travaux qui considèrent l'image corporelle comme étant le noyau de la conscience de soi (Schilder, 1935; Zazzo, 1948; Symonds, 1951; Fischer et Cleveland, 1968). L'image corporelle y est vue comme la plus importante des dimensions du soi. L'image corporelle constituant "le réservoir central duquel toutes les autres images de soi doivent nécessairement découler" (L'Ecuyer, 1978 b, p. 143), l'estime de soi par conséquent, provient principalement de l'évaluation qu'un enfant porte sur son corps.

L'Ecuyer (1978 a) pousse l'analyse plus loin en soulignant l'influence de la théorie psychanalytique dans cette façon de concevoir le concept de soi et l'estime de soi. La psychanalyse, en accordant un rôle crucial aux expériences corporelles dans le développement de la personnalité.

a sans aucun doute préparé ce courant de pensée qui accorde une prépondérance à l'image corporelle.

Adoptant implicitement ce postulat, Swift (1967) et Kaufman et Herscher (1971) se sont bornés à mesurer le jugement de valeur relié à l'image corporelle pour étudier l'estime de soi des enfants diabétiques. Dans la même ligne de pensée, les auteurs ont conclu à la présence d'une estime de soi globale négative en se basant uniquement sur les résultats obtenus concernant l'image corporelle.

L'influence de la psychanalyse présente dans les écrits théoriques se retrouve donc aussi au niveau des recherches empiriques. L'opérationnalisation de l'estime de soi dans les travaux mentionnés repose en effet sur le postulat implicite de la prépondérance de l'image corporelle dans le concept de soi qui découle de la psychanalyse. La conclusion d'une estime de soi négative chez les enfants diabétiques dans ces travaux repose, non pas sur des données empiriques concernant l'estime de soi globale, mais sur ce même postulat implicite. Le postulat de la prépondérance de l'image corporelle mérite d'être discuté à la lumière des faits disponibles.

Les résultats obtenus dans la présente recherche indiquent que l'estime de soi des enfants diabétiques équivaut à celle des enfants normaux. L'estime de soi globale dont il est question ici découle de quatre sources: les relations avec les parents, certaines caractéristiques du sujet, les relations avec les pairs et l'expérience à l'école. L'image corporelle n'est pas mesurée par le questionnaire de Jodoïn utilisé ici.

Les données empiriques fournies par les travaux de Swift (1967), de Kaufman et Herscher (1971), et de Fallström (1974) indiquent que le jugement de valeur relié à l'image corporelle est négatif. D'après le postulat de la prépondérance de l'image corporelle, l'estime de soi globale des enfants diabétiques devrait être négative puisque leur image corporelle est détériorée. Les résultats de cette recherche, contredisent donc le postulat considérant que l'estime de soi découle principalement du jugement de valeur relié à l'image corporelle.

Les conclusions de la présente recherche supportent l'observation suivante faite par Fallstrom en 1974. L'auteur constate qu'il est très rare de trouver une structure faible de l'"ego" chez les enfants diabétiques bien que l'image corporelle soit détériorée chez la plupart d'entre eux.

Ce nombre restreint ne semble pas dépendre de la définition donnée à la force de l'"ego". L'auteur en effet a refait l'analyse en utilisant d'autres critères et il arrivait au même résultat.

Cette constatation concernant l'"ego" des enfants diabétiques peut sembler éloignée de l'objet de la présente recherche. L'Ecuyer (1978b) fait mention en effet d'un courant de pensée qui distingue nettement l'"ego" du concept de soi. L'"ego", comme l'exprime si bien l'auteur, réfère dans ce cas "aux processus actifs régissant l'action et maintenant l'adaptation". (L'Ecuyer, 1978b, p. 19) tandis que le concept de soi est réservé aux processus perceptuels de la personne.

L'opinion de l'Ecuyer (1978b) est toutefois différente. L'auteur estime qu'il est futile d'attribuer à deux entités différentes les processus actifs et perceptuels qui sont en fait intimement liés au même phénomène. L'auteur souligne que plusieurs autres auteurs partagent cette opinion (Patterson, 1961; Murphy, 1966; Perron, 1971). Il ajoute que les modèles récents du concept de soi vont aussi en ce sens puisqu'il recouvre l'ensemble des processus actifs et perceptuels.

L'"ego" étant relié de près au concept de soi, l'étude de Fallström (1974) qui conclut à la présence d'un "ego" fort chez les enfants diabétiques, suggère que leur concept de soi et leur estime de soi ne sont pas détériorés. Les résultats de la présente recherche vont dans le même sens.

Les résultats de la présente recherche supportent aussi les écrits d>Allport (1961), de Cooley (1902) et de Stanley Hall (1898). L'Ecuyer (1978) rapporte en effet que ces auteurs considèrent l'aspect corporel comme étant un facteur parmi tant d'autres du concept de soi. Ceux-ci accordent une importance centrale à l'image corporelle seulement lorsque l'enfant est très jeune. Selon eux, d'autres éléments du concept de soi prennent plus d'importance que l'image corporelle au cours du développement. Par conséquent l'estime de soi serait grandement influencée par l'image corporelle seulement en bas âge lorsque les perceptions corporelles ont une importance centrale.

Cette conception rejoint l'hypothèse formulée par l'Ecuyer selon laquelle un changement s'opère dans la hiérarchie des éléments du concept de



soi au cours du développement. Certains éléments centraux en bas âge peuvent devenir secondaires plus tard, et vice-versa.

L'auteur réalise en 1975 une recherche apportant des données empiriques à ce sujet. Le but de l'étude est justement de vérifier l'existence de variations dans l'organisation hiérarchique du concept de soi au cours du développement et de préciser la nature de ces changements. L'auteur a étudié des enfants de trois ans, de cinq ans et de huit ans. Quinze filles et 15 garçons normaux au niveau intellectuel, physique et affectif, composent les groupes de chaque âge. L'instrument de mesure employé est une version modifiée du test Qui es-tu de Bugental (1964: voir L'Ecuyer, 1975). Les réponses sont classées selon les catégories du modèle du concept de soi auxquelles elles appartiennent. Ce modèle est présenté à la figure 1 du contexte théorique, l'auteur détermine les perceptions qui sont centrales et celles qui sont secondaires selon le nombre de sujets fournissant des réponses appartenant aux différentes catégories du concept de soi.

Les résultats obtenus indiquent que le concept de soi est loin de se limiter à l'image corporelle. L'Ecuyer (1978) écrit à ce sujet que l'image corporelle:

"... constitue un élément important seulement dans les premières années et que cette importance diminue graduellement pour laisser la place à d'autres dimensions du concept de soi au cours des années". (p. 19)

Par conséquent l'estime de soi des enfants découle, non pas uniquement de l'image corporelle mais plutôt de l'ensemble du concept de soi et

spécialement des aspects qui sont centraux à chaque stade du développement.

Les résultats de la présente recherche supportent les travaux de L'Ecuyer (1975, 1978a, 1978b) qui infirment le postulat de la prépondérance de l'image corporelle dans le concept de soi. Les données empiriques fournies par l'auteur indiquent qu'il est faux de croire que toutes les perceptions de soi découlent de l'image corporelle. Le fait que l'estime de soi des enfants diabétiques soit bonne même si plusieurs recherches précédentes démontrent que leur image corporelle est négative (Swift, 1967, Kaufman et Herscher, 1971; Fallström, 1974) supporte les travaux de L'Ecuyer.

Puisque le postulat de la prépondérance de l'image corporelle s'avère inexact, une nouvelle façon de poser et d'étudier le problème de l'estime de soi des enfants diabétiques s'impose. Plusieurs écrits théoriques considèrent qu'une déficience corporelle est suffisante en soi pour entraîner une estime de soi négative (Dimock, 1959; Ack et al., 1961; Diller, 1965; Freud, 1976). Plusieurs recherches ayant étudié la question, opérationnalisent l'estime de soi en la réduisant à l'image corporelle (Swift, 1967; Kaufman et Herscher, 1971; Fallström, 1974). Cette façon de concevoir et d'étudier l'estime de soi des enfants malades qui s'est inspirée de la psychanalyse, s'avère insuffisante aujourd'hui à la lumière des données empiriques disponibles, dont celles fournies par la présente recherche (Wright, 1960; L'Ecuyer, 1975, 1978a, 1978b).

Pour déterminer l'estime de soi des enfants diabétiques, il s'avère maintenant essentiel d'étudier l'évaluation qu'ils font d'eux-mêmes sous tous les aspects susceptibles d'être touchés par la maladie. La dimension corporelle n'est qu'un aspect parmi tant d'autres.

Puisque certaines dimensions du concept de soi sont centrales et d'autres, secondaires (L'Ecuyer, 1975, 1978a), il est important d'accorder une attention spéciale aux dimensions principales. Ces dernières varient à chaque stade de développement du concept de soi. Entre 8 et 12 ans, âge des sujets de cette étude, l'expérience de l'entrée à l'école est très importante. Les perceptions centrales concernent la popularité avec les pairs, le succès ou l'insuccès aux sports et dans les matières scolaires, les réactions des pairs et des professeurs aux gestes et attitudes de l'enfant. Ces différents aspects sont ceux qui ont le plus de répercussions sur l'estime de soi à cet âge. Les relations familiales constituent un autre élément important à considérer (Coopersmith, 1967).

Cette recherche étudie justement l'évaluation que les enfants diabétiques font d'eux-mêmes, dans les zones centrales du concept de soi. D'après les résultats, le jugement de valeur relié aux relations familiales, aux relations avec les pairs et à l'expérience à l'école est équivalent à celui des enfants dits normaux. Par conséquent l'estime de soi globale est aussi bonne chez les enfants diabétiques que chez les enfants dits normaux.

### Recherches sur l'adaptation

Les résultats obtenus contredisent l'étude de Swift (1967), et plusieurs autres recherches rapportées par Swift (1967) et Simonds (1979) sur l'adaptation des enfants diabétiques (Katz, 1943; Loughlin et Mosenthal, 1944; Boulin et al., 1951; Joslin, 1951; Treuting, 1962).

Tous ces travaux indiquent que le niveau d'adaptation globale des enfants diabétiques est faible. Ces données laissent supposer que l'estime de soi l'est aussi, puisque l'adaptation et l'estime de soi sont habituellement fortement reliées (Wells et Marwell, 1976).

Les résultats de cette recherche indiquent toutefois que l'estime de soi des enfants diabétiques équivaut à celle des enfants dits normaux.

Les résultats de la présente recherche viennent supporter les travaux de Simonds (1977, 1979). L'auteur observe en effet que les enfants diabétiques ont un niveau d'adaptation équivalent à celui des enfants dits normaux.

L'auteur analyse de la façon suivante les contradictions qui existent entre son étude et les recherches précédentes sur la question. Il note d'abord que d'autres travaux récents, dont celui d'Olawatura (1972), arrivent à la même conclusion: les jeunes diabétiques ont une santé mentale aussi bonne que celle des autres. La présence de problèmes émotionnels chez les enfants diabétiques est loin d'être aussi claire aujourd'hui que les premières recherches l'indiquaient. La présente recherche rejoint donc les études récentes sur les enfants diabétiques.

Simonds est d'avis que les failles méthodologiques des recherches plus anciennes sont responsables des contradictions observées. Pless et al. (1972) et Wright (1960) expriment d'ailleurs la même opinion.

Ces différents auteurs critiquent de la façon suivante les premières recherches réalisées sur l'adaptation des enfants diabétiques. Dans la plupart des cas, les échantillons ne sont pas représentatifs de l'ensemble des diabétiques. La sélection des sujets se fait fréquemment à partir de références de médecins. Il est donc possible que ces derniers recommandent surtout les enfants leur causant des problèmes. D'autres études recrutent les sujets dans des camps spécialisés où se retrouvent peut-être les enfants ayant des problèmes à vivre avec leur maladie. En plus de présenter des groupes expérimentaux biaisés, plusieurs de ces études n'utilisent pas de groupe contrôle. De plus, les critères de mesure utilisés varient énormément d'une recherche à l'autre et sont plutôt subjectifs. Plusieurs recherches en effet se basent sur le jugement diagnostique de spécialistes sans utilisation de grille objective d'évaluation.

Simonds (1977, 1979) écrit que ces critiques s'appliquent à la recherche de Swift (1967) ainsi qu'à la plupart des études plus anciennes sur la question. Elles ne s'appliquent pas à la présente recherche. Des précautions sont prises pour assurer la composition d'un groupe expérimental représentatif. Les archives des hôpitaux de Sherbrooke et de l'Association du diabète sont consultées afin de compléter la liste des noms suggérés par les médecins. Le groupe expérimental est comparé à un groupe contrôle suite à un tirage tenant compte de la structure familiale, de la réussite

scolaire, du niveau socio-économique, de l'âge et du sexe. L'instrument de mesure utilisé est objectif et l'analyse d'item apporte des informations sur sa validité.

Les failles méthodologiques des premières recherches permettent donc d'expliquer le fait que la présente recherche observe une estime de soi globale positive alors que plusieurs recherches anciennes indiquent que l'adaptation globale des enfants diabétiques est faible.

La présente recherche contredit aussi les travaux sur l'adaptation des enfants diabétiques sous deux aspects spécifiques de leur fonctionnement: les relations avec les parents et les relations avec les pairs. Cette recherche indique en effet que l'estime de soi découlant spécifiquement de ces deux aspects est bonne tandis que les recherches sur l'adaptation indiquent que la qualité de relation avec les parents et avec les pairs est pauvre.

Les failles méthodologiques des recherches anciennes mentionnées auparavant permettent d'expliquer également ces contradictions. Les données empiriques disponibles sur les relations avec les parents et avec les pairs proviennent en effet des recherches sur l'adaptation globale. Les relations avec les pairs et avec les parents constituent de fait des facteurs permettant de déduire l'adaptation globale.

Il est impossible toutefois d'expliquer toutes les contradictions de cette manière. En ce qui concerne les relations avec les pairs, les résultats de cette recherche contredisent l'étude de Fallström (1974) dont la rigueur méthodologique est sans aucun doute supérieure à celle des

recherches plus anciennes. Les résultats obtenus contredisent aussi les écrits théoriques affirmant que les jeunes diabétiques ont de pauvres relations avec les pairs (Bruhn, 1977; Tarnow et Tomlinson, 1978). D'autres recherches étudiant les relations des enfants diabétiques avec les pairs, et surtout la perception qu'ils ont d'eux-mêmes à ce sujet, sont nécessaires avant de pouvoir conclure de façon définitive.

En ce qui concerne les relations familiales, la présente recherche contredit les résultats obtenus par Sterky (1963) et Swift (1967). La méthodologie utilisée dans ces recherches est aisément critiquable: l'évaluation du fonctionnement familial se fait selon des critères subjectifs et implicites.

La présente recherche confirme les résultats obtenus par Simonds (1977). La méthodologie suivie y est rigoureuse: un canevas fixe détermine les entrevues avec les parents et les jugements cliniques sont posés à partir d'une classification psychiatrique reconnue.

Il est surprenant de constater que les recherches étudiant le fonctionnement des familles ayant un enfant atteint de maladie chronique soient si peu nombreuses (Pless et al., 1972). La plupart des références signalant la perturbation des relations familiales sont en effet de nature théorique (Kessler, 1966; Koski, 1969; Bruhn, 1977; Tarnow et Tomlinson, 1978; Grey et al., 1980).

Considérant l'importance centrale des relations familiales, des recherches à ce sujet sont pourtant essentielles pour comprendre l'impact

de la maladie chronique sur l'estime de soi. Dans le cas du diabète où la responsabilité du contrôle de la maladie incombe aux parents, il serait particulièrement intéressant d'étudier en profondeur comment l'exercice de l'autorité s'en trouve affecté.

En ce qui concerne la réussite scolaire des enfants diabétiques, la présente recherche s'accorde parfaitement aux recherches précédentes sur la question. En effet, le fait que l'estime de soi reliée à l'école soit équivalente à celle des enfants dits normaux rejoint les conclusions des recherches démontrant que la réussite scolaire des enfants diabétiques est équivalente à celle des enfants en santé (Sterky, 1963; Weil et Ack, 1964; Swift, 1967).

### Critique

Il est important de critiquer cette recherche afin de dégager ses points forts et ses limites.

L'effort de réflexion au sujet des différentes définitions conceptuelles et opérationnalisations de l'estime de soi est un aspect positif de la présente recherche. Cette démarche a permis d'identifier les postulats implicites qui ont influencé précédemment, aussi bien l'énoncé théorique du problème de l'estime de soi des enfants malades, que les études empiriques réalisées. Il en résulte un nouvel énoncé du problème capable de générer des études plus objectives sur la question.

Cette recherche présente toutefois certaines limites, découlant notamment de l'instrument de mesure utilisé, qu'il est important de mentionner.



Les renseignements que l'analyse d'item apporte sur la validité de l'instrument de mesure utilisé sont en effet limités. Une question importante reste en suspens: est-ce que les item du questionnaire de Jodoin sont bien représentatifs de l'estime de soi? L'analyse de validité réalisée par Jodoin (1976) permet de s'assurer de la direction des item et de leur appartenance aux différentes catégories. Elle laisse de côté toutefois la question de la représentativité des catégories suggérées. Les résultats de cette recherche sont donc sujets à caution puisque peu d'informations sont disponibles au sujet de la validité de construit de l'instrument de mesure utilisé.

Si l'on compare les différentes catégories du questionnaire au modèle conceptuel de l'Ecuyer (1975) présenté dans le contexte théorique, il devient évident que certaines régions du concept de soi ne sont pas représentées. Les aspects laissés de côté qui jouent pourtant un rôle important dans la problématique étudiée sont discutés plus loin.

Jodoin (1976) n'a donc pas jugé nécessaire de couvrir l'ensemble du concept de soi. Wells et Marwell (1976) écrivent qu'une telle façon de procéder découle du fait que l'auteur considère que l'estime de soi est une entité distincte et séparée du concept de soi. En d'autres mots, les catégories du questionnaire découlent d'une conception unidimensionnelle de l'estime de soi. Si Jodoin avait adhéré à un modèle multidimensionnel, son premier souci aurait été de faire l'inventaire de tous les facteurs du concept de soi afin d'établir un modèle complet de toutes les dimensions touchées par l'estime de soi.

Cette caractéristique de l'instrument de mesure utilisé entraîne des limites importantes. L'image corporelle, ou soi somatique, est un aspect du concept de soi qui est laissé de côté. Cette recherche, par conséquent, exclut un élément important de l'estime de soi des enfants malades. Une recherche complète sur la question se doit en effet de tenir compte de la dimension corporelle qui, sans être l'élément unique et primordial, demeure un facteur essentiel dans cette problématique.

La sous-structure "activité du soi" est une autre région du concept de soi laissée de côté qui mériterait grandement d'être étudiée. Cette sous-structure réfère "aux actions posées par l'individu pour maintenir, défendre, préserver ou promouvoir l'unité, l'intégrité ou l'organisation du soi" (L'Ecuyer, 1975, p. 36). Il est très probable que l'estime de soi découle des gestes que l'enfant pose pour faire face à sa maladie. Le sentiment de valeur personnelle d'un enfant peut être renforcé du fait qu'il a réussi à relever les défis que lui pose la maladie. Cet aspect de la problématique aurait gagné à être étudié.

Il est utile de pousser un peu plus loin la réflexion au sujet de l'instrument de mesure utilisé pour bien dégager les limites de la présente recherche. La discussion suivante s'appuie sur les écrits de Wells et Marwell (1976) au sujet des différents types de mesure de l'estime de soi.

Le questionnaire de Jodoin fournit une mesure indirecte de l'estime de soi. Les sujets en effet ne décrivent pas comment ils s'évaluent mais

comment ils se perçoivent. L'estime de soi n'est pas mesurée directement mais déduite à partir des descriptions de soi fournies par les enfants.

La procédure suivante est utilisée pour déduire l'estime de soi. Pour chacun des items, Jodoin détermine la position d'un enfant ayant une estime de soi positive. L'auteur fixe ces standards idéaux en se basant sur la littérature scientifique et sur les jugements des experts ayant participé à l'étude de validité.

Cette façon de procéder repose sur un postulat implicite concernant la nature de l'estime de soi selon lequel tous les enfants s'évaluent de la même manière, en utilisant des critères identiques.

Wells et Marwell (1976) émettent la critique suivante au sujet de la technique utilisée dans cette recherche pour déduire l'estime de soi:

"De telles transformations ne respectent pas ou ne décrivent pas adéquatement les variations individuelles dans le processus d'évaluation de soi en ne tenant pas compte du fait que le sens ou la valeur donnée aux items descriptifs varie d'une personne à l'autre".<sup>1</sup> (p. 95).

---

1

"Such transformations ... may not preserve or adequately describe individual variation in the self-evaluation process, failing to take account of the fact that descriptive items have different meanings or values across persons". ("Wells et Marwell, 1976, p. 95)

Cette critique formulée par Wells et Marwell (1976) doit être interprétée en fonction de la problématique étudiée dans la présente recherche. En utilisant une telle technique pour déduire l'estime de soi, il est pris pour acquis que les enfants malades s'évaluent en fonction d'idéaux en tous points similaires à ceux des jeunes dits normaux.

Plusieurs sources d'informations permettent de douter toutefois de la justesse de cette hypothèse. Kessler (1966) rapporte en effet une étude ayant observé que seulement une minorité d'enfants handicapés se fixent des buts irréalistes (Harway, 1960). Cette recherche suggère que les jeunes ont un niveau d'aspiration qui tient compte des limites de leur handicap. Tarnow et Tomlinson (1978) écrivent que l'adaptation de l'enfant est réussie dans la mesure où celui-ci intègre dans son concept de soi les limites de la maladie. La présente recherche prend pour acquise une hypothèse qui est pourtant loin d'être vérifiée.

Le fait que cette recherche utilise une mesure indirecte de l'estime de soi présente toutefois certains avantages. La tâche demandée aux enfants est simple: ils n'ont qu'à se décrire. Un instrument de mesure demandant aux enfants de s'évaluer eux-mêmes aurait confronté ceux-ci à une tâche plus complexe. De plus, le facteur de désirabilité sociale joue peu. Le désir de donner une image acceptable est en effet moins élevé dans le cas de descriptions de soi que dans le cas d'évaluation de soi (Wells et Marwell, 1976).

Les dernières critiques portent sur le calcul du score global. La procédure utilisée consiste à additionner les résultats accordés à chacun des item. Wells et Marwell (1976) émettent des doutes sur cette technique. Selon eux, la variance des scores totaux refléterait bien les différences entre les individus si chaque élément additionné était équivalent à tous les autres. Mais les auteurs estiment que ce n'est pas le cas: l'individu valorise les différentes parties de lui-même différemment et s'évalue par conséquent de diverses manières. Malheureusement, à l'heure actuelle, il existe peu d'alternatives à la procédure utilisée dans la présente recherche pour calculer l'estime de soi globale.

Dans cette recherche, l'importance relative des différents éléments mesurés est déterminée d'après le nombre d'item appartenant à chaque échelle. Les catégories 'parents' et 'sujet' contiennent chacune 35% des item. Les catégories 'école' et 'pairs' regroupent, quant à elles, 15% des item chacune.

Une telle répartition est contestable. Entre 8 et 12 ans, âge des sujets de cette étude, les relations avec les pairs et l'école ont beaucoup d'importance (L'Ecuyer, 1978b). Les relations avec les parents, par contre, en ont moins qu'elles en avaient auparavant. Il serait préférable par conséquent que les catégories "école" et "pairs" aient plus d'importance à l'intérieur du questionnaire.

Conclusion

Les résultats de cette recherche indiquent que l'estime de soi des enfants diabétiques est équivalente à celle des enfants dits normaux. Cette conclusion contredit de nombreux écrits théoriques (Dimock, 1959; Ack et al., 1961; Diller, 1965; Freud, 1976) et plusieurs recherches sur l'image corporelle (Swift, 1967; Kaufman et Herscher, 1971; Fallström, 1974).

La discussion montre que ces différents travaux s'appuient sur le postulat psychanalytique de la primauté des expériences corporelles dans la personnalité. C'est à partir de ce postulat en effet que les écrits théoriques affirment qu'une déficience corporelle est suffisante en elle-même pour entraîner une estime de soi négative (Wright, 1960). De ce postulat découle également le principe de la prépondérance de l'image corporelle dans le concept de soi (L'Ecuyer, 1978a, 1978b). Ce principe est celui qui détermine la définition et l'opérationnalisation de l'estime de soi dans les travaux de Swift (1967) et de Kaufman et Herscher (1971) sur l'image corporelle. Ces auteurs considèrent, sans le rendre explicite, que l'estime de soi est déterminée uniquement par le jugement de valeur relié à l'image corporelle. Ils utilisent par conséquent une mesure portant strictement sur l'image corporelle. Bien que la mesure porte sur un secteur restreint du concept de soi, ils interprètent les résultats obtenus comme s'il s'agissait d'estime de soi globale. Ces travaux concluent à la présence

d'une estime de soi négative en s'appuyant, non pas sur des données empiriques, mais sur un postulat implicite.

L'étude de l'estime de soi des enfants malades est donc fortement influencée par la théorie psychanalytique. L'énoncé théorique du problème, l'opérationnalisation de l'estime de soi dans les travaux sur la question, les conclusions des recherches, découlent en effet d'un postulat implicite originant de cette approche.

Plusieurs données empiriques disponibles remettent en question aujourd'hui cette façon d'aborder l'étude de l'estime de soi des enfants diabétiques. Plusieurs recherches, rapportées par Wright (1960), indiquent en effet que la maladie n'entraîne pas nécessairement de sentiments d'infériorité (Arluck, 1941; Sommers, 1944; Seidenfeld, 1948; Shelky, 1957). Les résultats de la présente recherche vont dans le même sens. Des travaux fournissent des données infirmant la prépondérance de l'image corporelle dans le concept de soi (L'Ecuyer, 1975, 1978a, 1978b). Il semble que l'image corporelle constitue un élément important seulement dans les premières années de la vie de l'enfant. Par conséquent l'estime de soi découle, non pas uniquement de l'image corporelle, mais plutôt de l'ensemble du concept de soi.

Ces données suggèrent de nouvelles façons d'aborder l'étude de l'estime de soi des enfants malades. Il est important de tenir compte des nombreux jugements de valeur que l'enfant porte sur lui-même. L'étude doit inclure l'image corporelle mais ne pas s'y borner. Il serait



souhaitable d'étudier tous les aspects de l'estime de soi en utilisant un modèle comme celui de l'Ecuyer (1975, 1978b) qui rend compte de tous les aspects du concept de soi. Il serait intéressant de vérifier au moyen d'une méthode auto-descriptive si l'image corporelle est détériorée. Si la réponse est affirmative, il faudrait pousser l'étude plus loin en essayant de voir comment ce jugement de valeur négatif s'intègre à l'estime de soi globale.

Cette nouvelle façon d'aborder le problème soulève une question fondamentale: comment les différentes parties du concept de soi sont-elles reliées entre elles? Malheureusement étant donné la pauvreté des définitions conceptuelles de l'estime de soi et des difficultés qui s'ensuivent au niveau de l'opérationnalisation, très peu d'informations sont disponibles sur ce sujet (Wells et Marwell, 1976). L'étude de l'estime de soi des enfants malades se heurte donc aux limites actuelles des recherches sur l'estime de soi.

Dans ce contexte, il est d'autant plus important que les recherches sur les enfants malades définissent le plus clairement possible l'estime de soi afin d'explicitier les postulats qui sont adoptés. Les limites de l'opérationnalisation seront ainsi clarifiées. Ainsi, des données claires seront disponibles sur le problème et il sera possible de comparer adéquatement les résultats des différentes recherches.

A l'avenir, il est important de tenir compte aussi de la variable "développement". Plusieurs écrits théoriques soulignent que l'impact psycho-

logique de la maladie diffère selon le stade de développement de l'enfant (Garrard et Richmond, 1963; Tarnow et Tomlinson, 1978; Grey et al., 1980). De plus, les structures centrales du concept de soi varient au cours du développement (L'Ecuyer, 1975, 1978b).

Il est donc nécessaire d'étudier comment la maladie affecte les jugements de valeur reliés aux zones centrales du concept de soi à l'âge des sujets étudiés. Il s'agit de corriger une erreur souvent répandue. Plusieurs recherches, en effet, dont celles de Swift (1967), de Fallström (1974), de Simonds (1977), regroupent ensemble des enfants et des adolescents. Il serait préférable de séparer ces deux groupes puisqu'ils se situent à deux stades différents de développement du concept de soi (L'Ecuyer, 1978b). Une telle façon de procéder permettrait de cerner si la crise que l'enfant diabétique est supposée traverser à l'adolescence est réelle (Grey et al., 1980).

Les conclusions de la présente recherche contredisent de plus de nombreux travaux sur l'adaptation des enfants diabétiques (Katz, 1943; Lounghlin et Mosenthal, 1944; Boulin et al., 1951; Joslin, 1951; Treuting, 1962, Swift, 1967). La présente recherche supporte toutefois les études récentes (Olawatura, 1972; Simonds, 1977; Simonds, 1979). La discussion montre que les contradictions entre les recherches anciennes et récentes s'expliquent par les failles méthodologiques qui caractérisent les premières recherches (Wright, 1960; Pless et al., 1972; Simonds, 1979). Les groupes expérimentaux sont biaisés dans la plupart des cas et souvent il n'y a pas

de groupe contrôle. De plus, les critères de mesure sont plutôt subjectifs et varient d'une recherche à l'autre.

Les recherches sur l'adaptation des enfants diabétiques étudient des dimensions centrales de l'estime de soi: les relations avec les parents, les relations avec les pairs, l'expérience à l'école. Mais ces travaux fournissent des données reliées indirectement à l'estime de soi. Ils ne renseignent pas en effet sur les perceptions de l'enfant, mais sur l'adaptation telle qu'observée par une personne extérieure au sujet. L'estime de soi étant par définition le jugement de valeur qu'une personne porte sur elle-même (Coopersmith, 1967), il serait souhaitable que des recherches étudient les dimensions mentionnées ci-haut, telles qu'elles sont perçues et évaluées par l'enfant.

Appendice A

Questionnaire utilisé auprès des parents  
des enfants diabétiques

S'il vous plaît, inscrire vos réponses dans les espaces appropriés.

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Sexe M<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ F<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  
                                  jour    mois    année

Rang familial \_\_\_\_\_

Langue maternelle Français<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ Anglais<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Autre<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

Religion Catholique<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ Protestant<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Autre<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

Résultats scolaires de l'année 1978-79

100-90<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ 89-80<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 79-70<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ 69-60<sub>4</sub> \_\_\_\_\_

59-50<sub>5</sub> \_\_\_\_\_ 49-40<sub>6</sub> \_\_\_\_\_ 39-0<sub>7</sub> \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée en 1978-79 \_\_\_\_\_

Nom de l'école actuelle \_\_\_\_\_

Année scolaire actuelle \_\_\_\_\_

Vie familiale

Nombre d'enfants \_\_\_\_\_ Age du père de l'enfant \_\_\_\_\_

Age de la mère de l'enfant \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité du père de l'enfant \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité de la mère de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les chiffres définissent des catégories à l'intérieur de chacune des caractéristiques.



Autres maladies chroniques, précisez:

nom de la maladie

âge du début de la maladie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

mois    année

Est-ce que votre enfant est pubère?    oui    \_\_\_\_\_    non    \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant est traité à l'insuline?    oui    \_\_\_\_\_    non    \_\_\_\_\_

Depuis quand?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
                           mois    année

#### Préparation reçue

Dans quelle mesure estimez-vous être informés sur ce qu'est le diabète juvénile?

Très bien    \_\_\_\_\_    bien    \_\_\_\_\_    peu    \_\_\_\_\_    très peu    \_\_\_\_\_

Considérez-vous que vous avez été bien informés ...

- a) dès le début de la maladie    \_\_\_\_\_
- b) au cours de la première année de la maladie    \_\_\_\_\_
- c) plus tard que la première année    \_\_\_\_\_

Quelle a été votre principale source d'informations?

- a) le médecin    \_\_\_\_\_
- b) la diététicienne    \_\_\_\_\_
- c) l'infirmière    \_\_\_\_\_
- d) les livres    \_\_\_\_\_
- e) les films    \_\_\_\_\_
- f) les émissions de télévision    \_\_\_\_\_
- g) autres    \_\_\_\_\_ Préciser \_\_\_\_\_

Quelle a été votre seconde source d'informations?

a) le médecin \_\_\_\_\_

b) la diététicienne \_\_\_\_\_

c) l'infirmière \_\_\_\_\_

d) les livres \_\_\_\_\_

e) les films \_\_\_\_\_

f) les émissions de télévision \_\_\_\_\_

g) autres \_\_\_\_\_ préciser \_\_\_\_\_



Appendice B

Forme originale du questionnaire "Une mesure  
du "self-esteem" chez l'enfant"

"Une mesure du "self - esteem" chez l'enfant"

Catégorie parents

- |   |     |
|---|-----|
| 1. Mes parents sont contents de moi   | + * |
| 2. J'ai beaucoup de plaisir à la maison                                     | - * |
| 3. Mon père est indifférent à ce que je fais à l'école                      | +   |
| 4. Ma mère ne veut rien savoir de mes amis                                  | -   |
| 5. Mes parents cherchent à me faire plaisir                                 | -   |
| 6. Avec ma famille, je fais des excursions intéressantes                    | +   |
| 7. Mes parents sont là quand j'ai besoin d'eux                              | +   |
| 8. Mes parents sont toujours occupés quand je veux leur parler              | -   |
| 9. Mes parents trouvent que j'ai de bonnes idées                            | -   |
| 10. Mes parents aimeraient mieux que je sois différent                      | -   |
| 11. Ma mère regarde des émissions de télé avec moi                          | +   |
| 12. Mes parents trouvent que je suis capable d'apprendre beaucoup de choses | +   |
| 13. La fin de semaine, je bricole avec mon père                             | -   |
| 14. J'aime mieux jouer chez mes amis  | -   |
| 15. Je dois penser comme mes parents  | +   |

---

\* Le symbole (+) indique que l'item est positif alors que le symbole (-) qu'il est négatif.

- |  |   |
|--|---|
| 16. Mes parents me laissent faire tout ce que je veux                            | + |
| 17. Mes parents me découragent quand je veux faire quelque chose<br>par moi-même | - |
| 18. Mes parents sont trop sévères  | - |
| 19. A la maison, je suis puni seulement quand je le mérite                       | + |
| 20. Mes parents voudraient que je sois plus débrouillard                         | - |
| 21. Ma mère tient compte de mes goûts pour décorer ma chambre                    | + |
| 22. Mes parents me font confiance  | + |
| 23. A la maison, j'écoute mes disques préférés                                   | + |
| 24. Je discute beaucoup avec mes parents   | + |

Catégorie sujet

- |   |   |
|---|---|
| 25. Quand je veux quelque chose, je fais tout pour l'obtenir        | + |
| 26. Quand j'ai un problème, je trouve quelqu'un pour m'aider        | + |
| 27. Je m'ennuie quand je n'ai pas d'école                           | + |
| 28. Je m'occupe de mon apparence physique                           | - |
| 29. Quand j'ai besoin de quelque chose, j'ai peur de le demander    | - |
| 30. J'ai beaucoup de difficulté à me décider, quand je dois choisir | - |
| 31. Je suis mal, quand je me sens différent des autres              | - |
| 32. Je suis content d'être ce que je suis (fille ou garçon)         | + |
| 33. Je suis bon au sport  | + |
| 34. Je suis fort  | - |
| 35. Je suis habile de mes mains                                     | + |
| 36. Je suis nul en musique  | - |
| 37. Je manque d'imagination   | + |

- |   |   |
|---|---|
| 38. Je suis intelligent   | + |
| 39. J'ai peu d'aptitudes pour les arts plastiques                   | - |
| 40. Je comprends difficilement quand on m'explique quelque chose    | + |
| 41. Je suis triste  | - |
| 42. J'ai peur de me tromper quand je fais un travail                | - |
| 43. Quand on joue en équipes, je pense que mon équipe va perdre     | - |
| 44. Je suis mal, quand quelqu'un me regarde travailler              | - |
| 45. J'ai peur de ne pas répondre, comme il faut, à ce questionnaire | + |
| 46. Je suis de bonne humeur   | - |
| 47. Je saute de joie quand je suis content                          | - |
| 48. Je pleure, si j'ai de la peine                                  | + |

#### Catégorie école

- |  |   |
|--|---|
| 49. Mon professeur est content de mon travail                                    | + |
| 50. Mon professeur trouve que je suis un mauvais élève                           | + |
| 51. Mon professeur me demande d'aider ceux qui ont de la difficulté<br>en classe | - |
| 52. Le professeur dit souvent que je ne comprends rien                           | - |
| 53. Le professeur est impatient avec moi   | + |
| 54. J'ai beaucoup de difficultés à l'école                                       | + |
| 55. Je suis fier de mon bulletin   | - |
| 56. A l'école, je finis mon travail après les autres                             | - |
| 57. Les autres apprennent plus vite que moi                                      | - |
| 58. Je sais bien les réponses, quand le professeur nous interroge                | + |

Catégorie pairs

- |  |   |
|--|---|
| 59. Je me fais des amis facilement                             | - |
| 60. En groupe, j'ai peur de faire rire de moi                  | - |
| 61. Je suis gêné de parler devant la classe                    | + |
| 62. Je préfère jouer avec des enfants plus jeunes que moi      | + |
| 63. J'aime mieux jouer tout seul                               | - |
| 64. Aux récréations, des amis me demandent pour jouer avec eux | - |
| 65. Mes amis trouvent que j'ai de bonnes idées                 | + |
| 66. Mes amis me trouvent drôle                                 | + |
| 67. Quand on fait des équipes, je suis choisi en dernier       | - |
| 68. Après l'école, des amis viennent jouer chez moi            | + |

Appendice C

Version modifiée du questionnaire "Une mesure du "self-esteem" chez  
l'enfant" utilisée pour l'analyse d'item

Inscris ici les renseignements suivants

Ton nom: \_\_\_\_\_

Ton sexe: masculin \_\_\_\_\_ féminin \_\_\_\_\_ Ton âge: \_\_\_\_\_

Ton numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ Ton année scolaire \_\_\_\_\_

Le nom de ton école: \_\_\_\_\_

### Instructions

Tu vas lire une série de phrases. Imagine que les phrases parlent de toi. Mets un cercle autour de "oui" si la phrase est vraie pour toi. Mets un cercle autour de "non" si elle est fausse pour toi.

Ce qu'on veut savoir, c'est comment tu es d'habitude. Réponds en pendant à comment tu es la plupart du temps.

Si, par exception, il y a une question où tu ne sais pas quoi répondre, passe à la phase suivante.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Dis tout simplement ce que tu penses vraiment.

Prends bien ton temps pour répondre aux questions.

1. Mon professeur me demande d'aider ceux qui ont de la misère en classe.  
oui non
2. Je m'ennuie quand je n'ai pas d'école.  
oui non
3. D'habitude, je suis de bonne humeur  
oui non
4. Quand on m'explique quelque chose, j'ai de la misère à comprendre.  
oui non
5. J'ai peur de me tromper quand je fais quelque chose.  
oui non
6. Je suis bon dans les sports.  
oui non
7. Mes parents trouvent que je suis capable d'apprendre beaucoup de choses.  
oui non
8. Je suis mal quand quelqu'un me regarde travailler.  
oui non
9. J'aime mieux jouer avec des enfants plus jeunes que moi.  
oui non
10. Mes parents me laissent faire tout ce que je veux.  
oui non
11. Je m'occupe de mon apparence physique.  
oui non
12. Quand le professeur nous pose des questions, je sais bien les réponses.  
oui non
13. Mes parents voudraient que je sois plus débrouillard.  
oui non



14. D'habitude, je suis triste.  
oui non
15. A la maison, je suis puni seulement quand je le mérite  
oui non
16. Aux récréations, des amis aiment que je joue avec eux.  
oui non
17. Mes parents sont toujours occupés quand je veux leur parler.  
oui non
18. A l'école, je finis mon travail après les autres.  
oui non
19. Je parle beaucoup avec mes parents.  
oui non
20. Mon père ne s'intéresse pas à ce que je fais à l'école.  
oui non
21. SI TU ES UN GARÇON, ne réponds pas à cette phrase, passe tout de suite  
à la question suivante.  
SI TU ES UNE FILLE, réponds à cette question:  
Je suis contente d'être une fille.  
oui non
21. Je suis content d'être un garçon.  
oui non
22. Je suis fort.  
oui non
23. Mes amis trouvent que j'ai de bonnes idées.  
oui non

24. Après l'école, des amis viennent jouer chez moi.  
oui non
25. Quand ma mère décore ma chambre, elle aime que ce soit à mon goût.  
oui non
26. J'ai beaucoup de plaisir à la maison  
oui non
27. La fin de semaine, je fais des choses avec mon père ou avec ma mère.  
oui non
28. Mes parents aimeraient mieux que je sois différent de ce que je suis.  
oui non
29. D'habitude, j'aime mieux jouer tout seul.  
oui non
30. Je ne suis pas bien bon dans les arts plastiques.  
oui non
31. Mes parents cherchent à me faire plaisir.  
oui non
32. Mes parents sont contents de moi.  
oui non
33. Le professeur dit souvent que je ne comprends rien.  
oui non
34. Mes parents sont là quand j'ai besoin d'eux.  
oui non
35. J'ai beaucoup de misère à l'école.  
oui non
36. Ma mère regarde des programmes de télévision avec moi.  
oui non

37. Je suis fier de mon bulletin.  
oui non
38. Je manque d'imagination.  
oui non
39. Je suis habile de mes mains.  
oui non
40. Les autres apprennent plus vite que moi.  
oui non
41. Quand j'ai besoin de quelque chose, j'ai peur de le demander.  
oui non
42. Mes parents me découragent quand je veux faire quelque chose par  
moi-même. oui non
43. Mes parents sont trop sévères.  
oui non
44. Je suis intelligent.  
oui non
45. En groupe, j'ai peur de faire rire de moi.  
oui non
46. Mon professeur trouve que je suis mauvais élève.  
oui non
47. Avec ma famille, je fais des sorties intéressantes.  
oui non
48. Je pense que mon professeur est content de mon travail.  
oui non
49. Je me fais des amis facilement.  
oui non

50. Le professeur est impatient avec moi.  
oui non
51. Ma mère ne veut rien savoir de mes amis.  
oui non
52. Mes parents trouvent que j'ai de bonnes idées.  
oui non
53. Je pleure si j'ai de la peine.  
oui non
54. J'aime mieux jouer chez mes amis.  
oui non
55. Quand on fait des équipes à l'école, je suis choisi en dernier.  
oui non
56. J'ai beaucoup de misère à me décider quand je dois choisir.  
oui non
57. Mes parents me font confiance.  
oui non
58. Quand on joue en équipe, je pense que mon équipe va perdre.  
oui non
59. Je suis gêné de parler devant la classe.  
oui non
60. Quand j'ai un problème, je trouve quelqu'un pour m'aider.  
oui non
61. Mes amis me trouvent drôle.  
oui non

62. Je suis mal quand je me sens différent des autres.  
oui non
63. Mes parents veulent que je pense comme eux.  
oui non
64. Je saute de joie quand je suis content.  
oui non
65. J'ai peur de ne pas répondre comme il faut à ce questionnaire  
oui non
66. A la maison, j'écoute mes disques préférés.  
oui non
67. Je suis bon à rien en musique.  
oui non
68. Quand je veux quelque chose, je fais tout pour l'obtenir.  
oui non

Appendice D

Questionnaire utilisé auprès des parents

pour l'analyse d'item

S'il vous plaît, inscrire vos réponses dans les espaces appropriés.

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Sexe M<sub>1</sub>\_\_\_\_\_ F<sub>2</sub>\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  
                                  jour    mois    année

Rang familial \_\_\_\_\_

Langue maternelle Français<sub>1</sub>\_\_\_\_\_ Anglais<sub>2</sub>\_\_\_\_\_ Autre<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

Religion Catholique<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ Protestant<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Autre<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

Résultats scolaires de l'année 1978-79

100-90<sub>1</sub> \_\_\_\_\_ 89-80<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 79-70<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ 69-60<sub>4</sub> \_\_\_\_\_

59-50<sub>5</sub> \_\_\_\_\_ 49-40<sub>6</sub> \_\_\_\_\_ 39-0<sub>7</sub> \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée en 1978-79 \_\_\_\_\_

Nom de l'école actuelle \_\_\_\_\_

Année scolaire actuelle \_\_\_\_\_

### Vie familiale

Nombre d'enfants \_\_\_\_\_ Age du père de l'enfant \_\_\_\_\_

Age de la mère de l'enfant \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité du père de l'enfant \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité de la mère de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les chiffres définissent des catégories à l'intérieur de chacune des caractéristiques.





Autres maladies chroniques, précisez:

nom de la maladie

âge du début de la maladie

---

---

---

---

---

---

mois 

---

année

Appendice E

Tableaux descriptifs de la population selon  
les variables contrôlées

Tableau 4  
Répartition des familles selon le nombre d'enfants

N enfants par famille	Population totale		Répartition par groupe d'âges										
	N	Sexe		8		9		10		11		12	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	9	2	7	1	0	0	3	0	1	1	1	0	2
2	48	21	27	3	5	4	5	6	5	6	7	2	5
3	40	17	23	4	6	2	6	7	3	1	5	3	3
4	20	7	13	1	3	1	2	1	5	2	1	2	2
5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
6	3	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7 à 12	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	122	51	71	10	14	7	16	14	14	11	14	9	13

Tableau 5  
Répartition des sujets selon le rang familial

Rang familial	Population totale		Répartition par groupe d'âge										
	N	Sexe		8		9		10		11		12	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	55	27	28	6	5	3	9	9	3	6	6	3	5
2	35	12	23	1	4	3	2	3	6	3	6	2	5
3	22	6	16	2	5	1	4	2	3	0	2	1	2
4	6	2	4	0	0	0	1	0	2	1	0	1	1
5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
6	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
7 à 12	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	122	51	71	10	14	7	16	14	14	11	15	9	13

Tableau 6  
Répartition des familles selon leur catégorie de revenu

Catégorie* de revenu	Population totale		Répartition par groupe d'âge										
	N	Sexe		8		9		10		11		12	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	13	5	8	0	2	0	1	1	1	1	1	3	3
2	24	6	18	1	3	0	4	1	2	1	3	3	6
3	20	9	11	3	2	0	5	2	2	2	0	2	2
4	27	13	14	2	3	6	4	2	3	2	4	1	0
5	18	11	7	2	2	0	0	6	3	3	1	0	1
6	8	1	7	0	1	0	2	0	0	1	4	0	0
7	10	5	5	2	1	0	0	2	3	1	1	0	0
Total	120	50	70	10	14	6	16	14	14	11	14	9	12

\* Les catégories de revenu se présentent comme suit;  
catégorie 1 inférieur à 9 999,;  
catégorie 2 de \$10 000, à 14 999,;  
catégorie 3 de \$15 000, à 19 999,;  
catégorie 4 de \$20 000, à 24 999,;  
catégorie 5 de \$25 000, à 29 999,;  
catégorie 6 de \$30 000, à 34 999,;  
catégorie 7 de \$35 000, et plus;

Tableau 7

Répartition de l'échantillon selon le degré académique des enfants

Degré acad- démique	Population totale			Répartition par groupe d'âge									
	N	Sexe		8		9		10		11		12	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
3	34	14	20	10	14	4	6	0	0	0	0	0	0
4	17	5	12	0	0	3	10	2	2	0	0	0	0
5	28	13	15	0	0	0	0	11	12	2	3	0	0
6	32	16	16	0	0	0	0	1	0	9	11	6	5
7	11	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8
Total	122	51	71	10	14	7	16	14	14	11	14	9	13

Tableau 8  
Répartition des résultats scolaires de l'échantillon

Résultats en %	Population totale			Répartition par groupe d'âge									
	N	Sexe		8		9		10		11		12	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
90-99	21	8	13	1	2	1	4	3	2	3	3	0	2
80-89	58	20	38	4	10	4	6	5	11	3	6	4	5
70-79	39	20	19	5	2	2	6	4	1	5	5	4	5
60-69	3	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
50-59	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Total	122	51	71	10	14	7	16	14	14	11	14	9	13

Appendice F

Corrélations tétrachoriques (item-item)



Tableau 9

Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle "Une mesure du "self-esteem"  
chez l'enfant" à la catégorie "Parents"

Item	10	13	15	17	19	20	25	26	27	28	32	34	36	42	43	47	51	52	57	63	66	
7	*		,604	,352			,663	,740	,377	,433	,792	,740	,352	,355	,580	,577		,687	*	,128		
10		,190		,353					,191	,005		,427	,158	,109	,197	,190	,093	,310		,247	,304	
13			,225	,045	,076	,137	,346	,202	,102	,503			,125	,355	,280	,026	,370	,090		,276	,174	
15				,122	,097	,281	,549	,394	,327	,214	,478	,392	,135	,068	,609	,431	,120	,272		,011	,422	
17					,432	,045	,220	,094	,317	,221	,194	,393	,440	,406	,531	,376	,072	,597		,432	,128	
19						,507	,458	,601	,341	,099			,546	,402		,464	,013	,484		,473	,296	
20							,284	,026	,017	,132		,029	,178	,139	,368	,294	,477	,514		,209	,225	
25								,743	,455	,522	,546	,466	,425	,430	,516	,481	,043	,629		,296	,539	
26									,423	,187	,639	,568		,285	,364	,621		,546		,136	,501	
27										,145	,221	,422	,697	,015	,097	,507	,004	,284		,085	,289	
28												,185	,028	,508	,507	,112	,028	,521		,413	,121	
32												,638	,534	,708	,749	,446	,534	,587				
34													,393	,576	,363	,329	,393	,465		,166		
36														,117	,063	,358	,072	,435		,132	,454	
42															,622	,579	,117	,622		,297		
43																,121	,063	,240		,314	,054	
47																	,226	,698		,421	,145	
51																				,132	,161	
52																				,150	,338	
57																						
63																						,086

\* Les espaces blancs indiquent que la distribution des données ne permet pas le calcul du coefficient de corrélation tétrachorique. Le calcul est rendu impossible en raison du trop grand nombre de sujets qui ont donné des réponses similaires.

Tableau 10

Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle "Une mesure du "self-esteem"  
chez l'enfant" à la catégorie "Sujet"

Item	4	5	6	11	14	22	38	39	41	44	56	58	60	62	64	65	67	68
3	,089	,325	,294	,338	,611	,003	,063	,356	,353	,116	,182	,026	,390	,054	*	,034	,330	,203
4		,417	,266	,003	,157	,027	,502	,225	,105	,096	,282	,482	,248	,168	,190	,327	,182	,310
5			,114	,089	,550	,034	,277	,063	,380	,114	,462	,207	,265	,317	,316	,526	,195	,167
6				,302	,135	,675	,032	,145	,369	,350	,225	,051	,016	,245	,430	,247	,114	,249
11					,435	,176	,207	,609	,237		,209	,263	,206	,200	,174	,005	,118	,124
14						,229	,063	,133	,040		,095	,425	,090	,004		,012	,279	,148
22							,061	,031	,068	,503	,143	,065	,083	,240	,611	,136	,021	,392
38								,387	,151	,090	,398	,520	,099	,204	,244	,188	,127	,135
39									,432	,377	,404	,369	,276	,055		,461	,030	,121
41										,086	,289	,407	,085	,366	,325	,639	,176	,102
44											,108		,341	,229	,274	,041	,188	,057
56												,236	,016	,143	,341	,232	,068	,205
58													,045	,211		,226	,355	,016
60														,375	,029	,145	,054	,097
62															,099	,600	,095	,012
64																,091	,341	,202
65																	,019	,046
67																		,097

\* Les espaces blancs indiquent que la distribution des données ne permet pas le calcul du coefficient de corrélation tétrachorique. Le calcul est rendu impossible en raison du trop grand nombre de sujets qui ont donné des réponses similaires.

Tableau 11  
 Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle  
 "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant"  
 à la catégorie "Ecole"

Item	12	18	33	35	37	40	46	48	50
1	,106	-,023	-,061	-,236	-,119	-,037	,200	,090	-,050
12	*	,547	,149	,368	,496	,578	,408	,440	,074
18			,393	,715	,715	,678	,652	,531	,396
33				,662	,751	,703	,751	,635	,610
35					,638	,492	,576	,692	,822
37						,685	,783		,504
40								,631	,575
46								,929	,477
48									,386

\* Les espaces blancs indiquent que la distribution des données ne permet pas le calcul du coefficient de corrélation tétrachorique. Le calcul est rendu impossible en raison du trop grand nombre de sujet qui ont donné des réponses similaires.

Tableau 12

Corrélations tétrachoriques entre les item de l'échelle  
 "Une mesure du "self-esteem" chez l'enfant"  
 à la catégorie "Pairs"

Item	16	23	24	29	45	49	55	59	61
9	,136	,246	-,213	*	,158		-,056	-,148	-,097
16			,136	,514	,474	,520	,593	,136	,375
23			,195	,090	,409	,446	,482	,134	,232
24				,024	,163	,234	,204	,020	,165
29					-,055	,433	,240		,452
45						,573	,467	,315	,154
49							,546	,134	,175
55								,323	,189
59									-,021

\* Les espaces blancs indiquent que la distribution des données ne permet pas le calcul du coefficient de corrélation tétrachorique. Le calcul est rendu impossible en raison du trop grand nombre de sujets qui ont donné des réponses similaires.

Appendice G

Corrélations bisérialles (item-échelle)

Tableau 13  
Corrélations bisérialles item-catégorie "parent"

Item	Catégorie <u>1*</u>	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
7	,348	,086	,373	,135
10	,129	,031	0,62	-,146
13	,393	,242	,238	,062
15	,297	-,002	,128	,021
17	,469	,253	,215	,299
19	,418	,225	,058	,321
20	,304	,269	,158	,179
25	,446	,253	,253	,239
26	,396	,123	,148	,208
27	,355	-,032	,002	,038
28	,387	,319	,464	,162
32	,477	,133	,299	,107
34	,292	-,013	,226	-,007
36	,469	,110	,074	,136
42	,447	,228	,352	,200
43	,390	,167	,237	,164
47	,496	,071	,088	,167
51	,267	,095	-,019	-,109
52	,483	,217	,327	,267
57	,403	,089	,168	,037
63	,385	,133	,113	,165
66	,277	,129	,043	,084

\* La catégorie soulignée correspond à l'échelle annoncée dans le titre du tableau.

Tableau 14  
Corrélations bisérialles item-catégorie "sujet"

Item	Catégorie 1	<u>Catégorie 2*</u>	Catégorie 3	Catégorie 4
3	,205	,293	,129	,207
4	,151	,392	,361	,211
5	,301	,511	,326	,333
6	,118	,400	,183	,317
11	,074	,207	,214	,123
14	,159	,276	,149	,183
22	,046	,330	,022	,260
38	,196	,353	,399	,234
39	,220	,354	,254	,248
41	,139	,412	,178	,298
44	,164	,192	,269	,077
56	,200	,476	,284	,267
58	,255	,358	,264	,176
60	,281	,236	,222	,076
62	,088	,378	,166	,246
64	,031	,251	,251	,152
65	,024	,450	,203	,346
67	,377	,316	,191	,153
68	-,087	,277	,062	,079

\* La catégorie soulignée correspond à l'échelle annoncée dans le titre du tableau.

Tableau 15  
Corrélations bisérialles item-catégorie "école"

Item	Catégorie 1	Catégorie 2	<u>Catégorie 3*</u>	Catégorie 4
1	,046	,180	,244	,113
12	,060	,335	,500	,266
18	,234	,282	,613	,146
33	,206	,290	,614	,246
35	,383	,389	,613	,374
37	,220	,235	,675	,169
40	,247	,343	,684	,220
46	,418	,341	,540	,301
48	,427	,308	,542	,269
50	,371	,271	,546	,225

\* La catégorie soulignée correspond à l'échelle annoncée dans le titre du tableau.



Tableau 16  
Corrélations bisérialles item-catégorie "pairs"

Item	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	<u>Catégorie 4*</u>
9	,083	,019	-,025	,139
16	,066	,075	,018	,336
23	,299	,275	,393	,516
24	,083	,182	,084	,417
29	,116	,196	,134	,182
45	,172	,429	,269	,539
49	,431	,355	,313	,509
55	,164	,318	,264	,605
59	-,027	,271	,208	,396
61	,103	,149	,060	,445

\* La catégorie soulignée correspond à l'échelle annoncée dans le titre du tableau.

Appendice H

Version modifiée du questionnaire "Une mesure du  
"self-esteem" chez l'enfant"utilisée  
dans la présente recherche

Inscris ici les renseignements suivants

Ton nom: \_\_\_\_\_

Ton sexe: masculin \_\_\_\_\_ féminin \_\_\_\_\_ Ton âge: \_\_\_\_\_

Ton numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ Ton année scolaire \_\_\_\_\_

Le nom de ton école: \_\_\_\_\_

### Instructions

Tu vas lire une série de phrases. Imagine que les phrases parlent de toi. Mets un cercle autour de "oui" si la phrase est vraie pour toi. Mets un cercle autour de "non" si elle est fausse pour toi.

Ce qu'on veut savoir, c'est comment tu est d'habitude. Réponds en pendant à comment tu est la plupart du temps.

Si, par exception, il y a une question où tu ne sais pas quoi répondre, passe à la phase suivante.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Dis tout simplement ce que tu penses vraiment.

Prends bien ton temps pour répondre aux questions.

1. Mon professeur me demande d'aider ceux qui ont de la misère en classe.  
oui non
2. D'habitude, je suis de bonne humeur.  
oui non
3. Quand on m'explique quelque chose, j'ai de la misère à comprendre.  
oui non
4. J'ai peur de me tromper quand je fais quelque chose.  
oui non
5. Je suis bon dans les sports.  
oui non
6. Mes parents trouvent que je suis capable d'apprendre beaucoup de choses.  
oui non
7. J'aime mieux jouer avec des enfants plus jeunes que moi.  
oui non
8. Mes parents me laissent faire tout ce que je veux.  
oui non
9. Je m'occupe de mon apparence physique.  
oui non
10. Quand le professeur nous pose des questions, je sais bien les réponses.  
oui non
11. Mes parents voudraient que je sois plus débrouillard.  
oui non
12. D'habitude, je suis triste.  
oui non

13. A la maison, je suis puni seulement quand je le mérite.  
oui non
14. Aux récrétations, des amis aiment que je joue avec eux.  
oui non
15. Mes parents sont toujours occupés quand je veux leur parler.  
oui non
16. A l'école, je finis mon travail après les autres.  
oui non
17. Je parle beaucoup avec mes parents.  
oui non
18. Mon père ne s'intéresse pas à ce que je fais à l'école.  
oui non
19. Je suis fort.  
oui non
20. Mes amis trouvent que j'ai de bonnes idées.  
oui non
21. Après l'école, des amis viennent jouer chez moi.  
oui non
22. Quand ma mère décore ma chambre, elle aime que ce soit à mon goût.  
oui non
23. J'ai beaucoup de plaisir à la maison.  
oui non
24. La fin de semaine, je fais des choses avec mon père ou avec ma mère.  
oui non

25. Mes parents aimeraient mieux que je sois différent de ce que je suis.  
oui non
26. D'habitude, j'aime mieux jouer tout seul.  
oui non
27. Mes parents sont contents de moi.  
oui non
28. Le professeur dit souvent que je ne comprends rien.  
oui non
29. Mes parents sont là quand j'ai besoin d'eux.  
oui non
30. J'ai beaucoup de misère à l'école.  
oui non
31. Ma mère regarde des programmes de télévision avec moi.  
oui non
32. Je suis fier de mon bulletin.  
oui non
33. Je manque d'imagination.  
oui non
34. Je suis habile de mes mains.  
oui non
35. Les autres apprennent plus vite que moi.  
oui non
36. Quand j'ai besoin de quelque chose, j'ai peur de le demander.  
oui non

37. Mes parents me découragent quand je veux faire quelque chose par moi-même.  
oui non
38. Mes parents sont trop sévères.  
oui non
39. Je suis intelligent.  
oui non
40. En groupe, j'ai peur de faire rire de moi.  
oui non
41. Mon professeur trouve que je suis mauvais élève.  
oui non
42. Avec ma famille, je fais des sorties intéressantes.  
oui non
43. Je pense que mon professeur est content de mon travail.  
oui non
44. Je me fais des amis facilement.  
oui non
45. Le professeur est impatient avec moi.  
oui non
46. Ma mère ne veut rien savoir de mes amis.  
oui non
47. Mes parents trouvent que j'ai de bonnes idées.  
oui non
48. Quand on fait des équipes à l'école, je suis choisi en dernier.  
oui non
49. J'ai beaucoup de misère à me décider quand je dois choisir.  
oui non

50. Mes parents me font confiance.  
oui non
51. Quand on joue en équipe, je pense que mon équipe va perdre.  
oui non
52. Je suis gêné de parler devant la classe.  
oui non
53. Quand j'ai un problème, je trouve quelqu'un pour m'aider.  
oui non
54. Mes amis me trouvent drôle.  
oui non
55. Je suis mal quand je me sens différent des autres.  
oui non
56. Mes parents veulent que je pense comme eux.  
oui non
57. Je saute de joie quand je suis content.  
oui non
58. J'ai peur de ne pas répondre comme il faut à ce questionnaire.  
oui non
59. A la maison, j'écoute mes disques préférés.  
oui non
60. Je suis bon à rien en musique.  
oui non
61. Quand je veux quelque chose, je fais tout pour l'obtenir.  
oui non



Appendice I

Scores individuels obtenus par les sujets du  
groupe expérimental et du groupe  
contrôle au questionnaire

Tableau 17

Scores obtenus par les sujets du groupe expérimental  
et du groupe contrôle au questionnaire de S. Jodoin

Groupe expérimental						Groupe contrôle					
Sujet	Score global	Cat* 1	Cat 2	Cat 3	Cat 4	Sujet	Score global	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Cat 4
1	41	14	11	8	8	1	33	6	11	8	8
2	54	18	18	10	8	2	43	18	11	6	8
3	49	18	16	8	6	3	43	16	13	6	8
4	31	14	3	6	8	4	41	10	13	8	10
5	33	12	5	10	6	5	27	12	10	5	0
6	35	12	5	10	8	6	50	16	17	9	8
7	49	16	17	7	9	7	43	18	13	6	6
8	53	22	17	10	4	8	47	18	15	10	4
9	23	12	-1	8	4	9	43	16	13	6	8
10	41	18	15	2	6	10	23	14	1	0	8
11	45	14	15	8	8	11	23	14	4	1	4
12	47	16	13	10	8	12	17	10	3	-2	6
13	47	16	17	8	6	13	54	20	19	8	7
14	48	18	16	8	6	14	47	18	13	8	8
15	53	20	15	8	10	15	38	9	15	8	6
16	52	20	12	10	10	16	53	20	17	10	6
17	40	17	11	10	2	17	21	12	3	8	-2
18	54	12	19	8	5	18	51	20	15	10	6
19	42	14	15	8	5	19	45	16	13	10	6
Moyenne	44,0	16,5	12,6	8,3	6,7		39,0	14,9	11,5	6,6	6,0
Ecart- Type	8,7	3,2	5,7	1,9	2,1		11,6	4,1	5,2	3,5	2,9

\* Cat indique le mot catégorie

## Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à ses co-directeurs de thèse, monsieur Bertrand Roy, pour l'assistance apportée tout au long de cette recherche, et le docteur Richard Hould, pour l'expertise indispensable dans l'analyse psychométrique de l'instrument.

L'auteur désire également exprimer sa reconnaissance à son collègue monsieur Louis-Paul Nolet. Le chapitre III sur l'instrument de mesure a été réalisé en collaboration avec ce dernier.

L'auteur s'en voudrait d'oublier le docteur René l'Ecuyer à qui il est redevable d'avis très éclairés de même que les docteurs Khalil Khoury et Gilles Paré et l'Association du diabète (section Estrie) qui ont collaboré au recrutement des enfants diabétiques. L'auteur remercie également madame Suzanne Jodoin qui a autorisé l'utilisation du questionnaire dans cette recherche de même que madame Lise Gauthier pour l'aide apportée au niveau du traitement des résultats.

## Références

- ABRAM, H.S. (1972). The psychology of chronic illness. Journal of chronic diseases, 25, 659-664.
- ACK, M., MILLER, I., WEIL, B. (1961). Intelligence of children with diabetes mellitus. Pediatrics, 28, 764.
- BENOLIEL, J.Q. (1975). Childhood diabetes: the commonplace in living becomes uncommon, in A.L. Strauss (Ed.): Chronic illness and the quality of life. St Louis: C.V. Mosby.
- BRUHN, J.G. (1977). Self-concept and the control of diabetes. American Family Physician, 15, 93.
- CAMPBELL COMSTOCK, L. (1973). Effects of perceived parental behavior on self-esteem and adjustment. Thèse de doctorat inédite, R.H.D. University of North Carolina at Chapel Hill.
- CHINN, P.L. (1974). Child health maintenance: concepts in family-centered care. St Louis: C.V. Mosby.
- CLAUSEN, J.A. (1966). Family structure, socialization and personality. Review of child development research, 2, 1.
- COOPERSMITH, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: W.H. Freeman.
- DILLER, L. (1965). Psychological aspects of physically handicapped, in B.B. Wolman (Ed.): Handbook of clinical psychology. New York: McGraw Hill.
- DIMOCK, H.G. (1959). The child in hospital: a study of his emotional and social well-being. Toronto: McMillan Company.
- ERIKSON, E.H. (1959). Identity and the life cycle. Psychological issues, 1, 1.
- FALBO, T. (1977). The only child: a review. Journal of individual psychology, 33, 47.
- FALLSTRÖM, K. (1974). On the personality structure in diabetic school-children aged 7-15 years. Acta paediatrica scandinavia (supplement), 251, 1-71.

- FISHER, S., CLEVELAND, S.E. (1969). Body image and personality (2e éd. rev.). New York: Dover.
- FITTS, W.H. et al. (1971). The self-concept and self-actualization. Nashville, Tenn.: Dede Wallace Center Monograph.
- FREUD, A., BERGMANN, T. (1976). Les enfants malades: introduction à leur compréhension psychanalytique. Toulouse: Ed. Privat.
- GARRARD, S.D., RICHMOND, J.B. (1963). The psychological aspects of the management of chronic diseases and handicapping conditions in childhood, in H.I. Lief & V.H. Lief (Eds): Psychological basis of medical practice. New York: Lief & Hoeber.
- GERGEN, K.J. (1971). The concept of self. New York: Holt.
- GREY, M.J., GENEL, M., TAMBORLANE, W.V. (1980). Psychological adjustment of latency aged diabetics: determinants and relationship to control. Pediatrics, 65, 69-73
- GREYDAMUS, D.E. HOFMANN, A.D. (1979). A perspective on the brittle teen-age diabetic. Journal of family practice, 9, 1007-1012
- GUILFORD, J.P., FRUCHTER, B. (1973). Fundamental statistics in psychology and education. Toronto: McGraw Hill.
- JODOIN, S. (1976). Une mesure du self-esteem chez l'enfant. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- KAUFMAN, R.V., HERSHER, B. (1971). Body image changes in teen-age diabetics. Pediatrics, 48, 123-128.
- KAUFMAN, R.V. (1972). Body image changes in physically ill teen-agers. Journal of the american academy of child psychiatry, 11, 157-170.
- KESSLER, J.W. (1966). Psychopathology of childhood. New Jersey: Prentice Hall.
- KOSKI, M.L. (1969). The coping processes in childhood diabetes. Acta paediatrica scandinavica (supplement), 198,
- KUBANY, A.J., DANOWSKI, T.S., MOSES, C. (1956). The personality and intelligence of diabetics. Diabetes, 5, 462.
- L'ECUYER, R. (1975). La genèse du concept de soi: théorie et recherches. Sherbrooke: Ed. Naaman.
- L'ECUYER, R. (1978). Le concept de soi. Paris: Presses universitaires de France.

- L'ECUYER, R. (1978). The development of the self-concept through the life-span. Rapport présenté au Self-Concept Symposium, Boston.
- LONGFELLOW, C. (1979). Divorce in context: its impact on children, in G. Levinger & O.C. Moles (Eds): Divorce and separation: context, causes and consequences. New York: Basic Books.
- MUSSEN, P.H. et al. (1974). Child development and personality (4e éd. rev.). New York: Harper and Row.
- PLESS, I.B., ROGHMAN, K., HAGGERTY, R.J. (1972). Chronic illness, family functioning and psychosocial adjustment: a model for the allocation of preventive mental health services. International journal of epidemiology, 1, 217.
- SAINT-ARNAUD, Y. (1974). La personne humaine: introduction à l'étude de la personne et des relations interpersonnelles. Montréal: Editions de l'homme.
- SAMPSON, E.E. (1965). The study of ordinal position: antecedents and outcomes, in Brendan Maher (Ed.): Progress in experimental personality research (pp. 175-228). New York: Academic Press.
- SEARS, R.R. (1970). Relation of early socialization experience to self-concept and gender role in middle childhood. Child development, 41, p. 267.
- SCHILDER, P. (1935). The image and appearance of the human body. New York: International Universities Press.
- SWIFT, C. (1963). Report on a pilot study, in Danowski et al. (Ed.): Juvenile diabetes: adjustment and emotional problems. Rapport présenté à un congrès tenu au mois d'avril, Princeton.
- SWIFT, C., SEIDMAN, F., STEIN, H. (1967). Adjustment problems in juvenile diabetes. Psychosomatic medicine, 29, 551-571.
- SIMONDS, J. (1976-77). Psychiatric status of diabetic youth in good and poor control. International journal of psychiatry medicine, 7, 133-151.
- SIMONDS, J.F. (1979). Emotions and compliance in diabetic children. Psychosomatics, 20, 544-551.
- STERKY, G. (1963). Family background and state of mental health in a group of diabetic schoolchildren. Acta paediatrica, 52, 377-390.

- SYMONDS, P.M. (1951). The ego and the self. New York: Appleton-Century-Crofts.
- TARNOW, J.D. TOMLINSON, N. (1978). Juvenile diabetes: impact on the child and family. Psychosomatics, 19, 487-491.
- 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 sciences, 244, 93.
- TROWBRIDGE, L., TROWBRIDGE, L., TROWBRIDGE, N. (1972). Self-concept and socio-economic status. Child study journal, 3, 123-143.
- WEIL, W.B., ACK, M. (1964). School achievement in juvenile diabetes mellitus. Diabetes, 13, 303-306.
- WELLS, L.E., MARWELL, G. (1976). Self-esteem: its conceptualization and measurement. Beverly Hills: Sage Publications.
- WRIGHT, B.A. (1960). Physical disability: a psychological approach. New York: Harper and Row.
- WYLIE, R. (1961). The self concept: a critical survey of pertinent research literature. Lincoln: Nebraska Press.
- YAMAMOTO, K. (1972). The child and his image. Boston: Houghton Mifflin.
- ZAZZO, R. (1948). Images du corps et conscience de soi: matériaux pour l'étude expérimentale de la conscience. Enfance, 1, 29-43.