

LA QUALITÉ DE VIE DE PARAPLÉGIQUES ET QUADRIPLÉGIQUES: ANALYSE RELATIVE A L'ESTIME DE SOI

Louise Gagnon

Cet article constitue le premier volet du compte-rendu d'une étude (Gagnon, 1988) s'intéressant aux réactions d'individus soudainement devenus paraplégiques ou quadriplégiques. Le choix de cette population découle du statut particulier des traumatisés de la moelle épinière: en effet, ils ne souffrent pas d'une maladie aiguë et ne sont pas en phase terminale; d'un autre côté, ils vivent dans la communauté et pourtant en sont plus ou moins exclus. Finalement, leur incapacité fonctionnelle est permanente mais ils n'entrent pas dans les diverses catégories de malades chroniques.

Il est intéressant de se demander pourquoi certains d'entre eux en arrivent à un niveau de réadaptation fonctionnelle tandis que c'est beaucoup plus difficile pour d'autres, malgré une lésion semblable et des traitements spécialisés similaires. A ce propos, Pearlin et Schooler (1978) affirment que c'est la façon dont l'individu réagit qui peut faire une différence quant à son état de bien-être futur; en ce sens, Adams et Lindemann (1974) voient la nécessité d'approfondir les mécanismes de *coping* et d'adaptation car, selon eux, le résultat final de la réadaptation repose fortement sur la capacité qu'a l'individu de faire face avec succès à sa situation.

Selon Moos et Tsu (1977), l'estime de soi est un facteur personnel qui a un impact significatif sur l'habilité à s'adapter: un individu qui se sent insécuré ou incompetent aura davantage tendance à moins utiliser ses capacités que l'individu ayant une image de soi plus positive. Bracken et Shepard (1980) abondent dans le même sens en affirmant que le maintien de l'estime de soi et du sens de sa propre valeur sont essentiels en vue d'un rétablissement ultérieur optimal.

Ces considérations ont conduit l'auteure à entreprendre une étude en vue de déterminer l'influence de différents facteurs reliés à la personne ou à l'environnement sur la qualité de vie d'individus paraplégiques et quadriplégiques. Le facteur personnel retenu est l'estime de soi et s'avère le sujet central de cet article.

Louise Gagnon, R.N., Ph.D. est professeur agrégée à la Faculté des sciences infirmières, à l'Université de Montréal.

Cadre Théorique

Le cadre théorique dont nous nous sommes inspirés pour cette étude est celui élaboré par Moos et Tsu (1977) en vue d'expliquer le déroulement d'une situation de crise engendrée par une maladie ou une blessure physique grave. Ce cadre théorique confirme l'existence de différents facteurs qui vont influencer le déroulement ainsi que le dénouement de la situation de crise, ce sont: les facteurs personnels, les facteurs reliés à la maladie ou à l'incapacité ainsi que les facteurs de l'environnement. En effet, ces facteurs permettront à l'individu de façonner sa réaction face à l'événement stressant vécu; c'est ainsi qu'il pourra, dans une plus ou moins grande mesure, réussir à faire face afin d'accomplir les tâches spécifiques qu'il lui faudra mener à bien s'il désire voir son adaptation facilitée. Ces tâches sont appelées des tâches adaptatives par Moos et Tsu. Voyons maintenant de quelle façon le cadre théorique a été appliqué à l'étude et aussi comment la variable "estime de soi" s'y est intégrée.

Dans le cadre de cette étude, les facteurs reliés à l'environnement ont été nommés "support social" et "support parental antérieur" tandis que l'estime de soi constitue le facteur personnel considéré. Il est à remarquer que les facteurs reliés à la maladie ou à l'incapacité ont été assumés les plus uniformes possibles par le respect des critères de sélection pré-établis pour les sujets. Ces différents facteurs ont donc été retenus afin d'évaluer s'ils influencent directement ou indirectement la façon de faire face à la situation stressante (*coping*) et, par le fait même, la qualité de vie des personnes impliquées. La Figure 1 présente le modèle théorique à la base de cette étude.

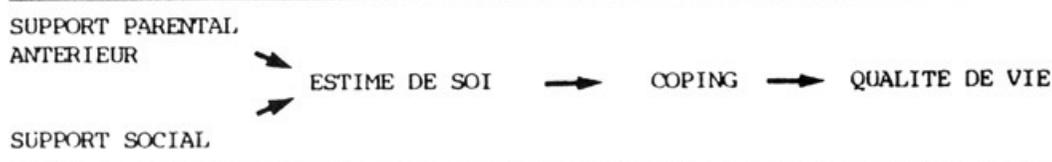


Figure 1
Modèle théorique initiale

Revue de Littérature

L'estime de soi est un des domaines d'intérêt lorsque nous nous attardons à la conception que chaque individu a de lui-même. Cependant, l'étude de ce phénomène ne va pas sans heurts étant donné la dissension qui existe quant à sa définition. En effet, pour certains auteurs l'estime de soi, par son importance, constitue presque à elle seule le concept de soi (Fitts, 1965; Korman, 1968; Taylor, 1955; Webb, 1955) tandis que pour d'autres son contenu est explicité sans qu'aucune allusion à l'expression "estime de soi" ne soit faite.

Le concept de soi est généralement considéré comme un phénomène tri-dimensionnel: cognitif, affectif et relié au comportement (Wells, 1976). Bien qu'habituellement associée à l'aspect affectif de la conception de soi, l'estime de soi est régie également par un autre processus, soit l'évaluation, et devient un concept fréquemment mis à contribution lorsqu'il s'agit d'auto-évaluation. Nous faisons alors appel au côté instrumental de l'individu: il s'agit de poser un jugement sur soi-même en tant qu'objet utile; sont alors impliquées les capacités, habiletés et performances par rapport à la notion de compétence (White, 1959), de compétence interpersonnelle (Fitts, 1970), de maîtrise de l'environnement (Woodworth, 1958) ou encore de contrôle (Ziller, Hagey, Smith, & Long, 1969).

Ces distinctions affective et évaluative ayant émergé de l'étude du concept d'estime de soi, il apparaît tout de même difficile d'établir une ligne de démarcation entre elles, ce qui se traduit par le fait que chacun emploie son propre vocabulaire pour tenter de la cerner. Par exemple, Wells (1976) estime que les trois sens principaux qui peuvent être donnés au concept d'estime de soi se distinguent par l'emphase accordée aux dimensions affective et évaluative: l'amour de soi et l'acceptation de soi concernent davantage la dimension affective tandis que la sensation de compétence est plutôt soutenue par la dimension évaluative. Pour sa part, Symonds (1951) suggère que l'auto-évaluation et l'auto-affection sont deux sortes d'estime de soi qui résultent d'expériences différentes.

Suite à ces précisions concernant l'interprétation du concept d'estime de soi, voyons maintenant les principales tendances qui émergent lorsqu'il s'agit de le définir. Elles sont regroupées par Wells (1976) en trois catégories principales.

L'estime de soi en tant qu'attitudes

Il s'agit alors d'un processus phénoménologique par lequel l'individu perçoit certaines caractéristiques le concernant et y réagit, émotionnellement ou par le comportement. Pour illustrer ce phénomène, Rosenberg (1965) fait remarquer que nous avons tous des attitudes envers les objets et que le soi ne constitue qu'un objet, au même titre que les autres.

L'estime de soi en tant que relations entre différentes attitudes

Cette catégorie s'illustre à merveille par l'équation de James (1890), encore reconnue de nos jours:

$$\text{estime de soi} = \frac{\text{réalisations}}{\text{prétentions}}$$

Cet auteur a en effet été appuyé dans sa pensée par plusieurs autres auteurs en ce qui concerne l'importance d'une démarche comparative. C'est ainsi que Cohen (1959) définit l'estime de soi en fonction du degré de correspondance entre l'idéal individuel et le concept de soi actuel. Les notions de réel et d'idéal s'avèrent également populaires pour tenter d'expliquer la pensée première de James (Altrocchi, Parsons, & Dickoff, 1960; Kornreich, Straka, & Kane, 1968).

L'estime de soi en tant que réactions psychologiques

Une telle compréhension de l'estime de soi reflète qu'une importance particulière est donnée à la dimension affective du concept. L'émotion ressentie est alors ce qui semble primordial face à soi-même. Il est ici question de valorisation de soi (Brownfain, 1952; Rogers, 1950), de croyance en sa capacité de faire face à la vie et de se considérer d'égale valeur face aux autres (Berger, 1955).

Cette dernière catégorisation, reliée à la définition du concept d'estime de soi, nous sensibilise à une approche utilisée dans l'étude de ce concept: l'approche sociale. Celle-ci ajoute une dimension nouvelle mais complémentaire aux principes déjà énoncés.

Ziller (1969) affirme que les perceptions que l'individu a de sa valeur sont en fonction des perceptions et des réactions des personnes significatives. Ce faisant, il confirme les propos tenus par Cooley (1902), illustrés par la notion du "looking-glass self" qui veut que la conception qu'un individu a de lui-même soit déterminée par la réaction des autres à son égard. Mead (1934), pour sa part, introduit le principe d'internalisation qui veut que nous adoptions les idées et les attitudes exprimées par les personnes qui nous sont chères, pour ensuite les exprimer comme étant nôtres. Cette internalisation amène Mead à affirmer qu'il y a autant de "soi" que de rôles sociaux: certains sont importants tandis que d'autres le sont moins et la situation qui les engendre, pour sa part, peut être plus ou moins spécifique.

Ce tableau général concernant le concept d'estime de soi nous amène à une théorie élaborée sur le concept de soi. Fitts et al. (1971) ont en effet entrepris une démarche à long terme dans le but de préciser les rapports qui existent

entre le concept de soi, l'actualisation de soi et le processus de réadaptation. Ces auteurs spécifient qu'un programme de réadaptation doit prendre en considération l'individu dans sa totalité car c'est celui-ci qui s'avère la meilleure ressource apte à en assurer la réussite. Ils sont en accord avec plusieurs autres auteurs lorsqu'il s'agit d'affirmer que de multiples variables paraissent importantes à investiguer afin de dévoiler le fonctionnement individuel. Cependant, ils considèrent que le concept de soi s'avère une variable centrale capable de livrer l'essence de plusieurs autres variables et se révélant très utile dans la mesure où elle permettra une prédiction réfléchie des comportements humains.

Hypothèse

L'hypothèse formulée relative à l'estime de soi est la suivante: Il existe une relation positive entre le niveau d'estime de soi et les réactions de *coping* de l'individu atteint de paraplégie ou de quadriplégie.

Méthode

Échantillon et collecte de données

L'échantillon réunit 135 sujets devenus paraplégiques ou quadriplégiques depuis au moins 24 mois, suite à un traumatisme accidentel de la moelle épinière. Le choix des sujets a été fait par échantillonnage de convenance étant donné la complexité très grande des procédures d'accès aux sujets (les entrevues à domicile ont été nécessaires vu la difficulté pour les sujets à se déplacer), les coûts entraînés par des déplacements en régions éloignées ainsi que les délais nécessaires pour effectuer de tels déplacements. Chaque sujet avait préalablement reçu par courrier des informations sur la nature de l'étude et sur son caractère confidentiel et avait fait savoir à l'investigatrice son désir de participer à l'étude.

Les entrevues ont eu lieu au domicile des sujets ou à leur lieu de travail et consistaient à répondre verbalement aux questionnaires visant à évaluer les variables étudiées; un formulaire de données socio-démographiques complétait l'entrevue. Les données présentées au Tableau 1 illustrent la répartition des sujets selon l'âge, le sexe, le statut civil, le diagnostic et le délai post-traumatique.

Instrument de mesure

Le *Tennessee Self-Concept Scale* (TSCS), version française (Toulouse, 1971), a été utilisé comme instrument de mesure de l'estime de soi. Le TSCS a été développé en anglais par Fitts en 1965 et contient 100 items. Il a déjà été utilisé en de multiples occasions avec des populations différentes dont

Tableau 1***Repartition des sujets selon l'age, le sexe, le statut civil, le diagnostic et le délai post-traumatique***

Caractéristiques	n (total: 135)	%	Moyenne
Age			
20-29 ans	60	44,4	32,6
30-39 ans	48	35,6	
40-49 ans	18	13,3	
50-59 ans	9	6,7	
Sexe			
Masculin	109	80,7	
Féminin	26	19,3	
Statut civil			
Célibataire	78	57,8	
Marié ou en union de fait	40	29,6	
Séparé ou divorcé	17	12,6	
Diagnostic			
Paraplégique	74	54,8	
Quadriplégique	61	45,2	
Délai post traumatique			
2 - 4,9 ans	30	22,2	9,5
5 - 9,9 ans	65	48,2	
10 - 14,9 ans	20	14,8	
15 ans et plus	20	14,8	

des individus ayant subi un traumatisme de la moelle épinière (Green, Pratt & Grigsby, 1984; Mayer & Eisenberg, 1982). La validité de l'instrument en sa version originale a été démontrée selon quatre aspects différents mais complémentaires (Fitts, 1965) soit: la validité de contenu, la validité de discrimination, le degré de corrélation avec d'autres mesures de personnalité et la validité prédictive. La fidélité a été démontrée par des corrélations variant de 0,60 à 0,92, par la méthode de test - retest avec un groupe de 60 étudiants de niveau collégial. En ce qui concerne la version française, la validité a été démontrée selon trois aspects différents mais complémentaires (Larmarche, 1968; Toulouse, 1968) soit: la validité de structure, la validité de contenu et la validité de discrimination. La fidélité a été démontrée par des corrélations variant de 0,565 à 0,912, par la méthode de test - retest avec un groupe de 92 étudiants de l'école normale ou du cours classique.

Les résultats obtenus des réponses au TSCS sont regroupés selon quatre catégories principales dont une qui touche exclusivement la variable ici étudiée: l'estime de soi. Cette catégorie a été retenue aux fins d'analyse et contient des scores d'estime de soi relatifs aux dimensions suivantes: l'identité, la satisfaction et le comportement, dimensions qui constituent les composantes du soi tandis que les régions du soi sont représentées par le soi physique, le soi moral-éthique, le soi personnel, le soi familial et le soi social. Une dernière dimension retenue est le total positif (score global).

Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée au moyen du programme informatisé LISREL VI (Linear Structural Relationships: Jorëskog & Sörbom, 1984). En plus de permettre les techniques de régression habituelles, LISREL VI apporte diverses indications nous renseignant sur la façon dont le modèle testé s'ajuste aux données. Jorëskog et Sörbom ont, en effet, développé un indice de la qualité d'ajustement du modèle: cet indice se situe entre zéro (0) et un (1), ce qui le rend facile d'interprétation et, de plus, il est indépendant de la taille de l'échantillon. LISREL permet aussi d'estimer l'impact, sur le modèle, de l'ajout de relations dites causales, ce qui se traduit par la possibilité de modifier le modèle à posteriori, de façon à améliorer la qualité d'ajustement de ce dernier. Il faut cependant demeurer conscient que cette stratégie a ses limites et ne peut servir à l'élaboration d'un modèle. Il faut ajouter que l'utilisation de LISREL, à l'image d'autres techniques d'analyse statistique, rend possible le test du khi-carré, ce test étant cependant affecté par le nombre de variables et le nombre de sujets, ce qui l'expose davantage à la critique.

La première étape de l'analyse des données fut la réduction des données. Celle-ci a été effectuée car les nombreuses sous-échelles contenues dans les instruments de mesure utilisés augmentaient le nombre de variables, celui-ci s'avérant alors trop élevé pour un modèle approprié à un nombre de sujets tel celui de notre échantillon. De plus, aucune hypothèse spécifique ne portait sur ces sous-échelles et enfin, une telle réduction permet de respecter le principe de parcimonie qui demande de tester tout d'abord le modèle le plus simple possible.

La stratégie de réduction des données employée pour la variable "estime de soi" est la suivante: comme l'instrument utilisé contient un score global en plus de nombreux scores relatifs à des sous-échelles, nous avons vérifié s'il était possible de substituer le score global à ceux des sous-échelles que nous avons retenues. Pour ce faire, des corrélations ont été établies entre ce score global et chacun des scores des sous-échelles. La conclusion de cette étude de corrélations, illustrée au Tableau 2, est que le score global représente très bien le score de la majorité des sous-échelles d'estime de soi. C'est ainsi que

le score global du questionnaire (J) a été retenu, aux fins d'analyse, en ce qui concerne la variable "estime de soi".

Tableau 2

Corrélations entre le score global et les sous-échelles d'estime de soi

	Total positif
Identité	0,89
Satisfaction	0,90
Comportement	0,85
Soi physique	0,66
Soi moral-éthique	0,82
Soi personnel	0,90
Soi familial	0,79
Soi social	0,79

$p = 0,001$

La réduction des données a conduit au modèle initial à tester, modèle qui a été par la suite remanié de façon mineure afin de tenir compte des indices de modification proposés par LISREL et d'ajouter au modèle six variables-contrôle perçues importantes pour la population visée soit l'âge, le sexe, le diagnostic (paraplégie ou quadriplégie), le délai post-traumatique, le revenu et l'activité (être actif ou non, avoir ou non une occupation). L'interprétation et la discussion des résultats ont été effectuées à partir du modèle final, cinquième modèle découlant de quatre remaniements successifs. Le Tableau 3 présente une vue d'ensemble de la composition des variables suite à la réduction des données et permet une meilleure compréhension du modèle final.

Résultats

Les résultats ici présentés ne touchent que ceux qui découlent directement de l'influence démontrée par la variable centrale traitée dans cet article: l'estime de soi. Ils sont complétés par l'énumération des relations significatives ayant émergé entre l'estime de soi et les différentes variables-contrôle, la variable "revenu" n'ayant pas été retenue pour le modèle final.

Tableau 3
Composition des variables suite à la réduction des données

Variable	Dimension(s) retenue(s)	Abréviation aux fins de représentation schématique
Support social Actuel	Satisfaction des besoins de support moral	SATMOR
	Satisfaction des besoins de support physique	SATPHY
Potentiel	Réseau autre que la famille	AMIS*
	Réseau famille pour support moral	FAMMOR
	Réseau famille pour support physique	FAMPHY
	Réseau d'interactions négatives	NEGA
Support parental antérieur	<i>Caring</i>	CARE
	Surprotection	OVER
Estime de soi	Score global d'estime de soi	J**
	Réactions de <i>coping</i>	COPING 1
Qualité de vie	Habiletés de <i>coping</i> générales	COPING 2
	Habiletés de <i>coping</i> d'évitement	QVIE
	Score global de qualité de vie	

* Ainsi nommé car ce réseau est principalement constitué d'ami(e)s.

** Tel que spécifié par Fitts (1965).

Le modèle cinq (5) constitue le résultat final du processus d'analyse; les résultats du test effectué sur ce modèle final sont illustrés schématiquement par la Figure 2. Nous y retrouvons trois relations significatives engendrées par l'estime de soi (J): celle la reliant à la qualité de vie (0,347), à la variable activité (-0,263: l'estime de soi rend plus probable l'activité) et aux habiletés de *coping* de défense ou d'évitement, ici appelées *coping 2* (-0,333). De plus, le diagnostic s'avère être relié de façon significative à l'estime de soi (0,222: les quadriplégiques ont un niveau plus élevé d'estime de soi que les paraplégiques).

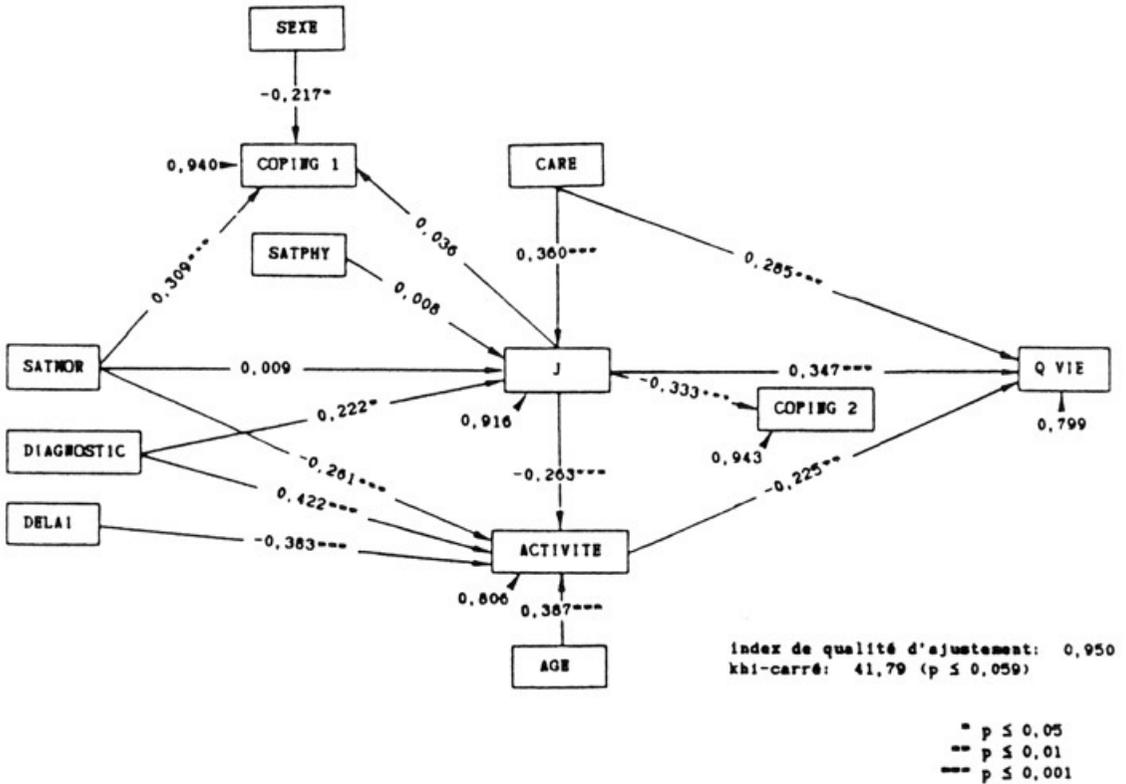


Figure 2
Teste du modèle final (5)

Verification de l'hypothèse relative a l'estime de soi

Il existe une relation positive entre le niveau d'estime de soi et les réactions de *coping* de l'individu atteint de paraplégie ou de quadriplégie.

Cette hypothèse a été infirmée par les résultats obtenus. Ceux-ci ont même démontré l'existence d'une relation négative entre le niveau d'estime de soi et les réactions de *coping* d'évitement ou de défense (-0,333; $p \leq 0,001$), tandis qu'aucune relation significative n'a été démontrée entre le niveau d'estime de soi et les réactions générales de *coping*.

Discussion

L'estime de soi s'avère être une variable d'importance dans cette étude. Les résultats de celle-ci indiquent l'existence de trois relations significatives qui émanent de l'estime de soi. Ainsi, les individus ayant un niveau élevé d'estime de soi s'occupent davantage, sont plus actifs, ont une meilleure qualité de vie et font moins appel aux réactions de *coping* d'évitement ou de défense. Ces conclusions peuvent se greffer facilement aux nombreuses constatations qui découlent des études effectuées en vue de découvrir quelle influence exerce cette variable, et ce, dans des circonstances variées.

En effet, un niveau élevé d'estime de soi a été à maintes reprises relié à des effets positifs, autant en ce qui concerne la dynamique personnelle que les relations complexes avec notre environnement. C'est ainsi que les individus qui démontrent un tel niveau d'estime de soi ont été décrits comme étant moins affectés par des changements momentanés de leur situation (Ziller et al., 1969). Ils sont également mieux acceptés par les autres (Mann, 1959; Wylie, 1961) et prennent une part plus active dans les échanges de groupe (Mossman & Ziller, 1968).

De façon générale, les chercheurs s'intéressant à l'estime de soi aiment relier cette variable personnelle à différents indicateurs qui reflètent le niveau d'adaptation de l'individu. En ce sens, la perspective misant sur un niveau élevé d'estime de soi est la plus répandue; elle préconise que ceux qui possèdent cette caractéristique vivent moins d'anxiété et d'insécurité, sont plus actifs, bref, réussissent mieux à s'adapter (Wells, 1976).

Plus spécifiquement lors d'une situation de crise, le maintien de l'estime de soi est défini comme essentiel à travers les conclusions de plusieurs auteurs (Chodoff, Friedman, & Hamburg, 1964; Hamburg et Adams, 1967; Visotsky et Hamburg, 1961). Lors d'une blessure ou d'une maladie physique grave, Adams et Lindemann (1974) insistent sur le fait que cette tâche très importante doit être menée à bien malgré un niveau fonctionnel souvent diminué. Moos et Tsu (1977) sont également de cet avis lorsqu'ils effectuent une analyse approfondie de la situation de crise que constitue une atteinte à l'intégrité physique; cependant ils font remarquer que le maintien d'une image de soi satisfaisante et d'un sens de compétence personnelle, en pareil cas, commence par une crise d'identité. Des changements doivent en effet être apportés face aux valeurs personnelles et au style de vie; c'est ainsi qu'un individu faisant usage d'un fauteuil roulant devra sans doute repenser son échelle de valeurs face à plusieurs réalités, par exemple en ce qui concerne la séduction et les rapports homme-femme.

Enfin, l'estime de soi n'est pas un concept à négliger lorsqu'il s'agit de l'analyse des choix de réactions de *coping* utilisées par l'individu. Nos

résultats indiquent clairement une relation négative entre le niveau d'estime de soi et l'utilisation de réactions de *coping* défensives. Ceci s'explique également par l'impact significatif de l'estime de soi sur l'habilité à s'adapter. Lorsque nous nous sentons insécures et que nous doutons de nos possibilités, une réaction de négation s'avère très attrayante; elle implique l'aveu de non-confiance en ses propres possibilités tout en permettant de faire reculer la prise de conscience face à l'inévitable. A l'inverse, l'individu qui démontre un niveau plus élevé d'estime de soi sera moins dépendant de la situation et, du fait même, beaucoup moins vulnérable (Cohen, 1959). Il envisagera une situation nouvelle en ayant confiance en ses capacités et en présageant déjà du succès, d'où une moins grande utilisation de réactions de *coping* négatives ou d'évitement.

La relation qui existe entre le diagnostic et l'estime de soi peut nous paraître singulière au premier abord, soit le fait que le niveau d'estime de soi est plus élevé chez les quadriplégiques que chez les paraplégiques. Devant une telle constatation, notre première réaction est de vérifier qu'il n'y ait pas d'erreur....lorsque nous en sommes persuadés, la surprise et l'incrédulité cherchent à nous envahir.

Il est bien difficile, en effet, de croire à une telle éventualité, mais pourquoi donc? Orbaan (1986) explique ce phénomène en faisant appel à un mécanisme de défense bien connu: la projection. Qu'est-ce-à-dire? Nous, qui avons le plein contrôle de notre corps, ou du moins dans la mesure du possible, avons tendance à croire et à dire que nous ne pourrions vivre en étant quadriplégiques. Cet exercice de projection de nos propres sentiments sur la personne de quelqu'un d'autre nous amène à affirmer que la vie d'un individu quadriplégique est affreuse, en d'autres termes, qu'elle ne vaut pas la peine d'être vécue. Cette même réaction peut, de façon similaire, expliquer notre difficulté à concevoir que le niveau d'estime de soi d'individus quadriplégiques puisse être élevé, ou du moins plus élevé que celui d'individus paraplégiques.

Orbaan est bien loin de partager ce doute car, lors d'une étude effectuée avec 35 sujets ayant subi un traumatisme de la moelle épinière, il n'identifie aucun effet sur le processus d'adaptation qui soit relié au niveau de la lésion, c'est-à-dire thoracique (paraplégique) ou cervicale (quadriplégique). Un argument intéressant s'avère axé sur les changements qui ont lieu chez l'individu durant le processus d'adaptation, changements qui touchent les contextes affectif, cognitif et celui relié au comportement. Ainsi si quelqu'un ayant une lésion cervicale complète demeure capable de communiquer, a le plein usage de ses facultés intellectuelles, peut apprécier la nature, la musique et combien d'autres choses, alors cette personne peut tout aussi bien être en mesure d'apprécier la vie.

Une alternative à cette explication serait celle qui met en cause la désirabilité sociale. Il s'agit alors de penser que, plus ou moins consciemment, l'individu paraplégique puisse répondre au questionnaire de façon à ce que ses réponses ne soient pas trop éloignées de ce qui est normalement accepté et acceptable dans notre société. Une autre hypothèse qui touche indirectement la façon de répondre au questionnaire sur l'estime de soi se rapporte au groupe de référence. A quel groupe se compare l'individu? Une explication possible serait que les paraplégiques et les quadriplégiques se comparent à des groupes différents. Comme l'individu paraplégique a quand même conservé une bonne partie de ses habiletés fonctionnelles, il est peut-être davantage porté à se comparer aux individus "normaux" ou encore à se comparer à lui-même avant son accident. Pour sa part, l'individu quadriplégique s'est retrouvé tellement démuni, face à son état fonctionnel suite à son accident, qu'il sera porté, après le processus de réadaptation, à se comparer à lui-même tel qu'il était en période post-traumatique immédiate. Cette explication permet de réaliser qu'il est possible que le niveau d'estime de soi d'individus quadriplégiques soit plus élevé que celui d'individus paraplégiques, malgré le fait que la capacité fonctionnelle de ces derniers soit supérieure.

Conclusion

Cette étude a permis de réaliser l'importance à accorder à l'estime de soi en tant que caractéristique personnelle en vue d'une réaction favorable à un traumatisme accidentel de la moelle épinière. L'influence directe de l'estime de soi sur la qualité de vie porte à réfléchir: il devient en effet primordial d'orienter les soins infirmiers en fonction de favoriser l'établissement d'un niveau élevé d'estime de soi.

Pour ce faire, il nous faut sélectionner ou même élaborer des instruments de mesure d'estime de soi qui permettent l'évaluation la plus juste possible de chaque population visée par des soins infirmiers spécifiques. Cette évaluation, en tant qu'intervention préventive, rendra possible l'identification des individus "à risques" en vue d'une action rapide visant à les aider à traverser positivement toute situation de crise personnelle.

REFERENCES

- Adams, J.E., & Lindemann, E. (1974). Coping with long-term disability. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, & J.E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. New York: Basic Books.
- Altrocchi, J., Parsons, O., & Dickoff, H. (1960). Changes in self-ideal discrepancy in repressors and sensitizers. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 61*, 67-72.
- Berger, E.M. (1955). Relationships among acceptance of self, acceptance of others, and MMPI scores. *Journal of Counseling Psychology, 2*, 279-283.
- Bracken, M.B., & Shepard, M.J. (1980). Coping and adaptation following acute spinal cord injury: A theoretical analysis. *Paraplegia, 18*, 74-85.
- Brownfain, J. (1952). Stability of the self-concept as a dimension of personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 47*, 596-606.
- Chodoff, P., Friedman, S., & Hamburg, D. (1964). Stress, defense and coping behavior: Observations in parents of children with malignant disease. *American Journal of Psychiatry, 120*, 743-749.
- Cohen, A.R. (1959). Situational structure, self-esteem and threat-oriented reactions to power. In D. Cartwright (Ed.), *Studies in social power*. Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner.
- Fitts, W.H. (1965). *Manual, Tennessee self-concept scale*. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Fitts, W.H. (1970). *Interpersonal competence: The wheel model*. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Fitts, W.H., Adams, J.L., Radford, G., Richard, W.C., Thomas, B.K., Thomas, M.M., & Thompson, W. (1971). *The self concept and self-actualization*. Dede Wallace Center, Monograph III. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Gagnon, L. (1988). *La qualité de vie de paraplégiques et quadriplégiques*. Thèse doctorale non-publiée, Université de Montréal.
- Green, B.C., Pratt, C.C., & Grigsby, T.E. (1984). Self-concept among persons with long-term spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 65*, 751-754.
- Hamburg, D., & Adams, J.E. (1967). A perspective on coping behavior. *Archives of General Psychiatry, 17*, 177-284.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. New York: Holt.
- Jorëskog, K.G., & Sörbom, D. (1984). *Lisrel VI: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Mooresville, Indiana: Scientific Software.
- Korman, A. (1968). Self-esteem, social influence, and task performance: Some tests of a theory. *Proceedings of the 76th American Association Convention, 3*, 567-568.
- Komreich, L.B., Straka, J., & Kane, A. (1968). Meaning of self-image disparity as measured by the Q sort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 728-730.
- Lamarque, L. (1968). *Validation de la traduction du TSCS*. Mémoire de maîtrise non-publié, Université de Montréal.
- Mann, R.D. (1959). A review of the relationship between personality and performance in small groups. *Psychological Bulletin, 56*, 241-270.
- Mayer, J.D., & Eisenberg, M.G. (1982). Self-concept and the spinal cord injury: An investigation using the Tennessee Self-Concept Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 604-605.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moos, R.H., & Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: An overview. In R.H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness*. New York: Plenum Medical Book.
- Mossman, B.M., & Ziller, R.C. (1968). Self-esteem and consistency of social behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 73*, 363-367.
- Orbaan, I.J.C. (1986). Psychological adjustment problems in people with traumatic spinal cord lesions. *Acta Neurochirurgica, 79*, 58-61.

- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2-21.
- Rogers, C.R. (1950). The significance of the self-regarding attitudes and perceptions. In M.L. Reymert (Ed.), *Feeling and emotion: The mooseheart symposium*. New York: Mc Graw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Symonds, P. (1951). *The ego and the self*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Taylor, J.B. (1955). Changes in the self-concept without psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 19*, 205-209.
- Toulouse, J.M. (1968). *Changement du concept de soi et structure de groupe dans le contexte d'une expérience de sensibilisation aux relations humaines*. Thèse doctorale non-publiée, Université de Montréal.
- Toulouse, J.M. (1971). *Mesure du concept de soi TSSC, manuel*. Manuscrit non-publié.
- Visotsky, H., & Hamburg, D. (1961). Coping behavior under extreme stress: Observation of patients with severe poliomyelitis. *Archives of General Psychiatry, 5*, 423-448.
- Webb, W. (1955). Self-evaluations, group evaluations, and objective measures. *Journal of Consulting Psychology, 19*, 210-212.
- Wells, L.E. (1976). *Self-esteem*. Beverly Hills: Sage.
- White, R. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297-333.
- Woodworth, R. (1958). *Dynamics of behavior*. New York: Holt, Rinehart, et Winston.
- Wylie, R.C. (1961). *The self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ziller, R. (1969). The alienation syndrome: A triadic pattern of self-other orientation. *Sociometry, 32*, 287-300.
- Ziller, R., Hagey, J., Smith, M., & Long, B. (1969). Self-esteem: A self- social construct. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 84-95.

ABSTRACT

Quality of Life in Paraplegics and Quadriplegics: Analysis of self-esteem

This study suggests that self-esteem is a positive indicator of quality of life among persons who have sustained a spinal cord injury. Significant correlations were found between self-esteem and defensive or avoidance styles of coping. As well, self-esteem scores for quadriplegic subjects were significantly higher than scores for the paraplegic subjects.

These findings should encourage nurses to evaluate their client's level of self-esteem as soon as possible during the rehabilitation process, so that they might initiate interventions that would assist the client to increase this level.