

Université du Québec en Outaouais

Étude exploratoire du lien entre l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation chez des jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par

© Dominique L. LESSARD

Décembre 2018

Composition du Jury

Étude exploratoire du lien entre l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation chez des jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle

Par
Dominique L. Lessard

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claude L. Normand, Ph.D., directrice de recherche, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Julie Ruel, Ph.D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Annie Aimé, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Francine Julien-Gauthier, Ph.D., examinatrice externe, Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Claude L. Normand, ma directrice de recherche, qui par la grande qualité de son travail a su m'offrir un soutien à la fois attentif et constant, mais aussi rigoureux. Sa disponibilité remarquable et l'encadrement humain prodigués au cours des dernières années ont fait toute la différence dans la poursuite de mon essai doctoral, mais aussi dans l'entièreté de mes études à l'UQO. Notre collaboration chaleureuse et efficace aura amplement valu un détour par l'Outaouais.

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance aux membres de mon jury d'évaluation qui par leur expertise et leurs commentaires constructifs ont contribué à l'amélioration et à la complétion de mon essai.

Sur une note plus personnelle, j'aimerais remercier mon conjoint qui m'a accompagné dans toutes les étapes de mon doctorat, en m'encourageant constamment et en rendant notre quotidien bien vivant. Francis, merci de t'être lancé dans cette aventure parfois très éprouvante avec moi sans jamais reculer. Ces deux grands voyages, le nôtre et celui du doctorat, ont pris naissance en même temps. Le second s'achève avec le dépôt de cet essai. Notre épopée à nous, elle, se poursuit. Et je ne pourrais être plus heureuse et enthousiaste face à tout ce qui nous attend. Merci pour ton amour, ton soutien et tes blagues qui m'ont permis de maintenir le cap avec confiance.

Un merci tout spécial à la meilleure équipe parentale qui soit, Francine et Michel. Maman, merci de m'avoir toujours encouragée et amenée à me surpasser. Tes avis, tes conseils et ton support inébranlable ont toujours été et resteront une ressource inestimable pour moi. Papa, merci d'être mon plus grand admirateur. Tu ne le sais peut-être pas, mais ton soutien émotionnel aimant et tellement authentique est essentiel pour moi. Ceci n'aurait jamais été possible sans vous.

Claude, Christine, merci pour votre bienveillance et pour les nombreux espaces de travail inspirants auxquels vous m'avez donné accès. Ils m'ont souvent permis de rendre ce processus plus agréable et plus motivant.

Je ne pourrais compléter ces remerciements sans souligner la place centrale de mes chères amies et amis qui, de mon départ vers une ville nouvelle à mon dépôt d'essai doctoral aujourd'hui, ont su me donner le courage de poursuivre mes rêves et mon travail grâce à de bonnes doses de plaisir et de bonheur partagées. Merci de votre belle folie qui s'accorde si merveilleusement bien avec la mienne.

Finalement, je désire remercier mes trois acolytes doctorants et nouveaux psychologues! Véronique, Karine et Sébastien qui m'ont épaulée dans le quotidien des études avec leurs cœurs d'or et qui occupent maintenant une place unique dans le mien. De près ou de loin, nous resterons toujours la même équipe, car la force de ce que nous avons vécu ensemble continuera de nous unir.

RÉSUMÉ

Plusieurs études démontrent que les jeunes vivant avec une déficience intellectuelle (DI) sont plus vulnérables au phénomène d'intimidation par les pairs. Les conséquences psychologiques pouvant en découler sont nombreuses et très préoccupantes, notamment en ce qui a trait à la perception de soi. Il apparaît toutefois que peu de chercheurs se sont intéressés à l'interrelation entre l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation chez cette population spécifique. L'objectif du présent projet est donc d'explorer la présence de liens entre ces trois variables chez une population mixte âgée entre 18 et 25 ans présentant une DI. Pour ce faire, un échantillon de 4 participants a été recruté dans la région de Québec. Les jeunes adultes ont d'abord été appelés à remplir un questionnaire mesurant chacune des trois variables à l'étude, puis à prendre part à une entrevue semi-structurée permettant d'approfondir leurs réponses et de partager leurs expériences personnelles en lien avec les variables. Une seconde entrevue de type « récit de vie » a aussi été menée auprès d'un parent de chacun des jeunes. Une analyse inductive par catégorisation émergente des données qualitatives a ensuite été réalisée afin de dégager les thèmes principaux. Les résultats révèlent la présence d'une estime de soi élevée et d'une image corporelle positive chez les participants. Les différents facteurs personnels et environnementaux influençant la perception que les jeunes adultes ont d'eux-mêmes ainsi que notre compréhension de leurs interrelations sont présentés en détail. De plus, il a été constaté que l'intimidation s'inscrit dans le parcours de vie de tous les participants, sous différentes formes. Il apparaît toutefois que ces événements n'ont pas affecté considérablement l'estime de soi et l'image corporelle des jeunes adultes compte tenu de leur niveau toujours élevé. Ce projet contribue à une meilleure compréhension des relations entre les variables à l'étude et offre ainsi des orientations quant aux interventions à privilégier pour soutenir l'estime de soi et l'image corporelle de même que pour mieux gérer la problématique de l'intimidation chez les jeunes adultes ayant une DI. Enfin, cette étude sera la première à aborder le thème de la cyberintimidation parmi cette population spécifique.

Mots-clés : déficience intellectuelle, estime de soi, image corporelle, intimidation, jeunes

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
RÉSUMÉ.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix

CHAPITRE I

INTRODUCTION.....	8
-------------------	---

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

2.1. Déficience intellectuelle.....	11
2.1.1. Déficience intellectuelle et limitations intellectuelles.....	14
2.1.2. Déficience intellectuelle et limitations adaptatives.....	14
2.1.2.1. Habiletés adaptatives conceptuelles.....	15
2.1.2.2. Habiletés adaptatives sociales.....	16
2.1.2.3. Habiletés adaptatives pratiques.....	18
2.1.3. Déficience intellectuelle et limitations physiques.....	18
2.1.4. Conséquences sociales et psychologiques des limitations.....	20
2.2. Estime de soi.....	21
2.2.1. Définition conceptuelle de l'estime de soi.....	21
2.2.2. Exposition théorique de l'estime de soi.....	22
2.2.3. Estime de soi et déficience intellectuelle.....	25
2.3. Image corporelle.....	30
2.3.1. Définition conceptuelle et exposition théorique de l'image corporelle.....	30
2.3.2. Image corporelle et déficience intellectuelle.....	35
2.4. Intimidation.....	38
2.4.1. Définition conceptuelle et exposition théorique de l'intimidation.....	38
2.4.2. Les trois sous-types d'intimidation.....	39
2.4.3. Les acteurs de l'intimidation.....	43
2.4.4. Prévalence, facteurs de risque et conséquences liées à l'intimidation.....	43
2.4.5. Intimidation et déficience intellectuelle.....	48
2.5. Objectif du projet de recherche.....	52

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1. Procédure.....	54
3.2. Participants.....	57
3.3. Instruments.....	58
3.3.1. Questionnaire intégré.....	59
3.3.1.1. Échelle d'estime de soi.....	59
3.3.1.2. Échelle d'estime corporelle.....	59
3.3.1.3. Échelle d'intimidation.....	60

3.3.2. Entrevue semi-structurée.....	61
3.4. Analyses.....	62
3.4.1. Données quantitatives.....	62
3.4.2. Données qualitatives.....	63

CHAPITRE IV RÉSULTATS ET DISCUSSION

4.1. Estime de soi.....	66
4.1.1. Forces personnelles.....	68
4.1.1.1. Réussite scolaire.....	68
4.1.1.2. Qualités.....	69
4.1.1.2.1. Sens de l’initiative.....	70
4.1.1.2.2. Cordialité.....	71
4.1.1.3. Talents.....	72
4.1.2. Limites personnelles.....	72
4.1.2.1. Rapports sociaux.....	73
4.1.2.2. Insécurité.....	74
4.1.2.3. Caractéristiques physiologiques.....	75
4.1.3 Comparaison sociale.....	77
4.1.3.1. Vision globale de soi.....	77
4.1.3.2. Perception négative de la comparaison.....	78
4.1.4. Influences de l’environnement.....	79
4.1.4.1. Corrélats positifs.....	79
4.1.4.1.1. Soutien de la famille.....	79
4.1.4.1.2. Soutien des intervenants scolaires.....	81
4.1.4.1.3. Expériences sociales positives.....	82
4.1.4.2. Corrélats négatifs.....	82
4.1.4.2.1. Histoire développementale dommageable.....	83
4.1.4.2.2. Expériences d’échec.....	83
4.2. Image corporelle.....	85
4.2.1. Faible préoccupation pour l’apparence.....	87
4.2.2. Inconfort lié à l’image corporelle.....	89
4.2.3. Contrôle de l’image corporelle exercé par les parents.....	90
4.2.4. Comparaison sociale.....	93
4.3. Intimidation.....	95
4.3.1. Intimidation directe.....	97
4.3.2. Intimidation indirecte.....	100
4.3.3. Réponse à l’intimidation.....	101
4.3.3.1. Réponses affectives des jeunes.....	102
4.3.3.2. Réponses comportementales des jeunes.....	102
4.3.3.3. Réponses de l’entourage.....	104
4.4. Interprétation conceptuelle des résultats à partir du MDH-PPH.....	104
4.5. Liens entre l’estime de soi, l’image corporelle et l’intimidation.....	106
4.6. Limites du projet.....	108
4.7. Pistes de recherches futures.....	112

CHAPITRE V	
CONCLUSION.....	114
RÉFÉRENCES.....	117
ANNEXE A	
QUESTIONNAIRE ADAPTÉ INTÉGRÉ.....	156
ANNEXE B	
GRILLE D'ENTREVUE: APPROFONDISSEMENT AVEC LE JEUNE.....	168
ANNEXE C	
GRILLE D'ENTREVUE: RÉCIT DE VIE AVEC LE PARENT.....	177

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche.</i>	56
Tableau 2. <i>Portrait des participants.</i>	58
Tableau 3. <i>Scores des participants à l'Échelle d'estime de soi.</i>	67
Tableau 4. <i>Scores des participants à l'Échelle d'estime corporelle.</i>	85
Tableau 5. <i>Extraits comparés entre Léa et sa mère concernant le poids.</i>	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Modèle de développement humain et Processus de production du handicap 2</i> (Fougeyrollas, 2010).	106
---	-----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
DI	déficiência intellectuelle
DT	développement typique
IMC	Indice de masse corporelle
MDH-PPH	Modèle de développement humain - Processus de production du handicap
QI	quotient intellectuel
TIC	technologies de l'information et de la communication
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

CHAPITRE I
INTRODUCTION

La déficience intellectuelle (DI) est une condition bien souvent incomprise et jugée négativement par les personnes qui ne la côtoient pas. Actuellement, entre 1% et 3 % de la population vit avec des limitations diverses qui ensemble forment ce que l'on nomme la déficience intellectuelle (American Psychiatric Association (APA), 2013; Martin, 2012). Cette dernière peut prendre autant de formes qu'il y a d'individus qui la vivent, chacun d'entre eux présentant des forces et des faiblesses uniques. Malgré cette unicité, c'est l'aspect atypique de la DI qui s'impose dans la conception collective. La DI est alors perçue comme une déviation importante par rapport aux normes et aux attentes présentes dans une société largement axée sur la performance physique et intellectuelle.

Cette situation d'écart suggère que les personnes ayant une DI qui, loin d'ignorer leur différence, pourraient se sentir diminuées ou jugées en étant confrontées au rejet des personnes présentant un développement typique (DT). Ces épreuves seraient à même d'engendrer des impacts aux niveaux émotionnel, identitaire et social. Des études antérieures ont effectivement démontré l'existence de liens entre la DI et l'intimidation de même qu'entre la DI et une faible estime de soi, et ce, de façon indépendante. La présente étude propose plutôt d'investiguer l'existence d'un lien spécifique entre l'estime de soi et l'intimidation en contexte scolaire durant les interactions avec les pairs chez une population de jeunes adultes présentant une DI, avec pour second objectif l'approfondissement de la compréhension de cette relation. Également, la variable de l'image corporelle, fortement associée à l'estime globale, sera examinée dans sa possible relation avec les variables à l'étude.

CHAPITRE II
CADRE CONCEPTUEL

Afin de mettre en lumière le support empirique soutenant cette démarche, un portrait général de la DI sera d'abord présenté. Par la suite, les définitions, modèles théoriques et données scientifiques contemporains concernant l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation seront tour à tour brièvement discutés avant d'être mis en relation avec le cas particulier de la DI.

2.1. Déficience intellectuelle

La DI est une déficience caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (capacité de raisonnement, apprentissage, résolution de problème, etc.) et des comportements adaptatifs qui incluent un large éventail d'habiletés sociales, conceptuelles et pratiques du quotidien (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 2018). Un diagnostic de DI s'établit sur la base de trois critères principaux : (a) des déficits au niveau du fonctionnement intellectuel; (b) des limitations significatives dans les habiletés adaptatives; et (c) l'émergence de ces caractéristiques au cours du développement, ou avant l'âge de 18 ans (APA, 2013). Malgré l'existence de plusieurs outils diagnostiques distincts en Amérique du Nord et en Europe, cette description diagnostique fait consensus parmi les organisations faisant figure de référence dans le domaine (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010; APA, 2013; Organisation mondiale de la santé (OMS), 2016).

Plus concrètement, les statistiques actuelles rapportent que la majorité (80%-90%) des personnes ayant un diagnostic de DI présente un niveau de déficience léger ou ayant un QI situé dans la limite supérieure (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010; Martin, 2012). Il apparaît également que la prévalence de la DI est plus

élevée chez les hommes (APA, 2013; Tassé & Morin, 2003). En ce qui a trait à l'étiologie, plusieurs causes possibles de la DI peuvent émerger au cours de la période prénatale, périnatale ou postnatale. Il existe ainsi de nombreux syndromes issus de désordres génétiques ou d'anomalies chromosomiques ainsi que des diagnostics de DI qui ne correspondent pas à une condition prénatale spécifique, mais qui découlent plutôt de problèmes survenus lors de l'accouchement ou en cours de développement après la naissance (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010; Martin, 2012). L'étiologie de la DI peut ainsi être comprise comme un concept multifactoriel incluant quatre catégories de facteurs de risque (biomédical, social, comportemental ou éducationnel) (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010). Dans beaucoup de cas, la cause exacte demeure cependant inconnue (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010), et ce, encore plus fréquemment chez les personnes dont la déficience est plus légère (Tassé, Belhumeur, Vandoni, & Maurice, 1996).

Le niveau de sévérité de la déficience qui constituait auparavant un repère important, tant dans la recherche qu'en pratique, est aujourd'hui remis en question. En effet, cette sous-catégorisation actuellement en vigueur dans le DSM-5 (APA, 2013) qui affiche quatre degrés de sévérité, soit léger, modéré, sévère et profond, a été délaissée par l'AAIDD qui y substitue plutôt une approche multidimensionnelle en plaçant l'accent sur l'intensité du soutien requis par la personne (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010). Au Québec, un modèle très répandu développé par Fougereyrollas présente une conceptualisation du handicap rejoignant davantage l'approche conceptuelle de l'AAIDD en ne plaçant pas uniquement la responsabilité de son fonctionnement sur les caractéristiques de la personne. Le *Modèle de développement humain – Processus de production du handicap* (MDH-

PPH) avance que la situation de participation sociale ou de handicap d'une personne, formant les deux pôles du continuum des habitudes de vie, évolue par rapport à l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux et par rapport aux changements observés dans le temps (Fougeyrollas, 2010; Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), 2018) (voir Figure 1, p.102). Ce modèle illustre habilement notre conceptualisation de la position des personnes ayant une DI dont la situation de handicap ou la capacité de participation sociale relève en grande partie de leurs interactions avec l'environnement à différents niveaux systémiques. Par exemple, les interactions entre l'individu et sa famille ou alors avec le personnel de son école s'inscrivent à l'intérieur de son microsystème. Au 2^e niveau se trouve le mésosystème de Fougeyrollas, celui-ci réfère à ce que Bronfenbrenner a plutôt appelé exosystème (Bronfenbrenner, 1992; 2005). Ce niveau systémique comprend les relations plus éloignées avec des personnes de sa communauté par exemple, ou des instances médiatiques, règlementaires ou politiques dont les actions entrent aussi en interaction avec le fonctionnement de l'individu. Le macrosystème inclut pour sa part les valeurs, l'histoire et la culture de la société dans laquelle une personne évolue. Les standards de beauté et de performance font notamment partie de notre macrosystème en tant que Nord-Américains. Toutes ces interactions ont une influence sur le fonctionnement et les habitudes de vie d'une personne, mais également sur sa psychologie et sa perception d'elle-même. Nous croyons ainsi que l'analyse et l'interprétation des interactions se produisant entre les facteurs personnels propres à nos participants et les facteurs environnementaux auxquels ils sont confrontés mèneront à une meilleure compréhension de leur estime de soi et de leur image corporelle, dans un contexte d'intimidation ou non.

2.1.1. Déficience intellectuelle et limitations intellectuelles

Chez les personnes ayant une DI, le développement de l'intelligence suit la même séquence d'étapes que ce qui est retrouvé chez la population normale, telle qu'élaborée par Piaget (2007). Toutefois, ce parcours progresse à un rythme plus lent et il s'arrête plus tôt (Martin, 2012). Les déficits observés chez les personnes ayant une DI touchent plusieurs fonctions cognitives. Parmi celles-ci se retrouve l'ensemble des fonctions exécutives supérieures incluant le raisonnement, la résolution de problème, la planification, l'organisation selon les priorités, la mise en place de stratégies, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage par instruction ou par expérience, la flexibilité cognitive et la compréhension pratique. L'atteinte de ces fonctions de haut niveau peut également entraîner le dysfonctionnement de sous-composantes essentielles à la réalisation des activités courantes de la vie. La compréhension verbale, la mémoire de travail, le raisonnement perceptuel et quantitatif ainsi que la vitesse de traitement sont quelques exemples des facultés qui peuvent se retrouver affectées (APA, 2013) et qui ont des impacts sur le fonctionnement des individus au quotidien.

2.1.2. Déficience intellectuelle et limitations adaptatives

Le comportement adaptatif peut être décrit comme étant la capacité d'une personne à s'adapter quotidiennement aux exigences de son environnement. Dans le contexte de la DI, ce sont plus particulièrement les activités faisant appel à l'autonomie personnelle et à la responsabilité sociale qui représentent un défi. Ces entraves rencontrées deviennent de ce fait une caractéristique propre à la DI sur le plan adaptatif (Grossman, 1983).

Conformément aux changements observés chez un individu au cours de sa vie, les habiletés adaptatives présentent elles aussi un caractère développemental et augmentent en nombre et en complexité au fil du temps (Tassé & Morin, 2003). Luckasson et al. (1994), dans la neuvième édition du manuel de l'*AAIDD*, clarifient pour la première fois le concept d'habiletés adaptatives dans le contexte de la DI en désignant neuf sphères d'habiletés spécifiques: (a) la communication, (b) les soins personnels, (c) les activités domestiques, (d) les compétences sociales, (e) l'usage des services communautaires, (f) l'autonomie, (g) la santé et la sécurité, (h) les aptitudes académiques fonctionnelles, (i) les loisirs, et (j) le travail. L'opérationnalisation de ces habiletés a aujourd'hui été synthétisée sous la forme de trois domaines généraux : les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010). L'APA distingue les descriptions des limitations observées dans ces trois domaines en fonction du niveau de sévérité de la déficience. Comme la présente étude s'intéresse davantage à une population présentant une DI légère et que cette population représente la plus large part des personnes vivant avec une DI, les caractéristiques adaptatives abordées ici correspondent à ce niveau.

2.1.2.1. Habiletés adaptatives conceptuelles. Pour les enfants présentant une DI, les premières difficultés conceptuelles sont généralement repérées lors de l'entrée à l'école. L'apprentissage des habiletés académiques, c'est-à-dire l'acquisition des outils qui leur permettront plus tard d'apprendre, est plus ardu. Dans cette situation, un jeune présentant une DI éprouve des difficultés à lire, à écrire, à effectuer des calculs de même qu'à comprendre des notions abstraites telles que l'heure ou l'argent. Un soutien est alors nécessaire à l'atteinte des objectifs standardisés établis par le programme scolaire. À l'âge adulte, des déficits s'illustrent

aussi au niveau du raisonnement abstrait, de la mémoire, et des fonctions exécutives énumérées précédemment.

2.1.2.2. Habiletés adaptatives sociales. Une première caractéristique sociale de la DI se rapporte à une immaturité dans les interactions. Cette immaturité peut, par exemple, prendre la forme d'une difficulté marquée à percevoir et à interpréter correctement les signaux sociaux en provenance des pairs (APA, 2013; Hong & Espelage, 2012) de même que les émotions de ces derniers (Sheard, Clegg, Standean, & Cromby, 2001). Cette limite sur le plan de la perception sociale a récemment été corroborée par une étude démontrant que des enfants ayant une DI réussissaient moins bien que des jeunes présentant un DT à interpréter correctement les intentions d'un autre enfant, notamment lorsque des indices de conflits ou d'hostilité étaient introduits (Leffert, Siperstein, & Widaman, 2010). Certains risques sont également associés à cette immaturité sociale. En effet, un jugement social inadéquat pour son âge ainsi qu'une faible compréhension des risques potentiels en situation sociale font des personnes ayant une DI des cibles crédules et donc plus facilement manipulables (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010; APA, 2013).

Les limitations retrouvées touchent également l'expression verbale. En effet, la communication, la conversation et le langage sont également plus immatures et demeurent à un stade plus concret chez les individus présentant une DI (APA, 2013). Ces déficits de communication et d'habiletés sociales ont, entre autres, pour conséquence d'engendrer de l'ostracisme alors que les autres jeunes en viennent à percevoir les personnes ayant une DI comme « différentes d'eux » (Blake, Lund, Zhou, Kwok, & Benz, 2012). En effet, plusieurs auteurs ont rapporté que les déficits liés aux habiletés et à l'ajustement social constituent l'une

des distinctions les plus marquées distinguant la population avec une DI de la population normale (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010; Basquill, Nezu, Nezu, & Klein, 2004; Jahoda, Pert, & Trower, 2006).

Un troisième aspect associé à la socialisation concerne les défis plus importants de régulation émotionnelle et comportementale que vivent les personnes ayant une DI. Ces réactions qui apparaissent comme désordonnées ou inadéquates par rapport à l'âge chronologique de la personne peuvent être reliées aux limitations des fonctions supérieures (difficultés d'autorégulation) (APA, 2013), à des déclencheurs internes (p.ex. : douleur, peur) et externes (p.ex. : menace perçue, événement inattendu dans l'environnement) ou alors découler de problématiques psychologiques (p.ex. : trouble de la conduite, symptômes psychotiques) (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010). Des prévalences plus élevées de difficultés relevant de la santé mentale sont d'ailleurs retrouvées chez les personnes présentant une DI (AAIDD & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification, 2010; Dosen & Day, 2001; Whitaker & Read, 2006). Ces complications internalisées et externalisées constituent un obstacle social particulièrement influant puisque celles-ci occasionnent une réaction chez les pairs qui remarquent ce type de conduite dérangeante (APA, 2013). La manifestation de ces symptômes ou réactions, selon le cas, a en effet été identifiée comme un facteur de risque important à la victimisation (Blake, Kim, Lund, Zhou, Kwok & Benz, 2016). Conséquemment à ces comportements inhabituels et à la réaction négative des camarades, il n'est pas surprenant de constater qu'une autre barrière sociale rencontrée par les jeunes ayant une DI concerne la capacité à se créer un réseau social (Martin, 2012).

2.1.2.3. Habiletés adaptatives pratiques. La réalisation autonome des tâches usuelles primaires, soit les soins personnels, peut être acquise par les personnes présentant une DI (Juhel, 2012). Du côté des habiletés récréatives, les capacités sont très semblables à celles retrouvées chez les pairs du même âge ayant un développement normal. Toutefois, un soutien peut être nécessaire pour les questions d'organisation de l'activité ou de la participation et d'évaluation des bienfaits du loisir pour la personne (Juhel, 2012). Faire les courses, l'organisation du logis, les déplacements, la préparation de repas nutritifs et la gestion financière font partie d'une troisième catégorie de tâches quotidiennes, dites complexes, pour lesquelles un soutien est requis.

2.1.3. Déficience intellectuelle et limitations physiques

À ces difficultés intellectuelles et adaptatives s'ajoute parfois une atteinte physique pouvant prendre la forme d'une apparence atypique, comme dans les cas de la Trisomie 21 (APA, 2013), ou alors de problèmes de santé divers (Martin, 2012; Tassé & Morin, 2003). Lorsqu'une condition altérant l'état de santé s'ajoute au diagnostic de DI, les termes déficiences multiples ou polyhandicap sont utilisés (Juhel, 2012; Martin, 2012).

Certains troubles moteurs d'origine cérébrale peuvent entraîner des conséquences telles que des troubles d'équilibre, de la déambulation automatique, des problèmes posturaux, des troubles du tonus musculaire, divers types de paralysie, des difficultés liées à la motricité fine et globale, des troubles des gestes involontaires et des tremblements (Juhel, 2012). Parmi les troubles de nature sensorielle, les déficiences visuelles et auditives sont les plus répandues (Martin, 2012). La littérature rapporte qu'environ 40 % des jeunes ayant des déficiences multiples présenteraient un

trouble visuel (Juhel, 2012). L'épilepsie constitue également une condition neurologique plus fréquemment retrouvée chez les personnes ayant une DI (Juhel, 2012; Martin, 2012).

L'obésité constitue un enjeu de santé préoccupant étant donné la surreprésentation de cette problématique parmi la population des personnes présentant une DI (Emerson, 2005; Melville, Cooper, Morrison, Allan, Smiley & Williamson, 2008; Melville, Hamilton, Hankey, Miller & Boyle, 2007; Moore, McGillivray & Illingworth, 2004; Yamaki, 2005). Les problèmes de surpoids retrouvés chez les personnes vivant avec une DI ont été associés au mode de vie sédentaire s'installant chez ces personnes en raison de conditions de santé qui limitent leurs possibilités d'activités physiques, comme dans les cas de troubles psychomoteurs par exemple (Juhel, 2012). Sur le plan cognitif, il a aussi été avancé que la conscience plus limitée des jeunes ayant une DI concernant les risques liés aux surpoids et à certains comportements néfastes (p.ex. : malnutrition, sédentarité) pour leur santé ou alors des capacités plus faibles d'autosurveillance présenteraient un potentiel explicatif intéressant à cette problématique (Susman, Dorn & Fletcherr, 1987). D'autres freins environnementaux concernant l'accessibilité aux activités socioculturelles et sportives ainsi qu'à la participation sociale active (p.ex. : accès à l'emploi) pourraient s'ajouter aux explications plausibles de la sédentarité observée. Une recension des écrits portant sur les déterminants de l'obésité chez des adultes ayant une DI indique que le fait d'être une femme, de présenter un niveau de DI moins sévère et de vivre dans un milieu moins restrictif constituent des facteurs de risque au développement d'un problème d'obésité (Melville et al., 2007). Enfin, il a été démontré que le surpoids et l'obésité chez les jeunes augmentent de façon importante le risque d'être victime d'intimidation (Puhl & King, 2013; van Geel, Vedder, & Taniol, 2014).

2.1.4. Conséquences sociales et psychologiques des limitations

Il a été démontré que les personnes ayant une DI présentent un nombre important de différences par rapport à la population générale. En effet, des limitations d'ordre intellectuelles, adaptatives et physiques modulent la vie de ces individus qui doivent surmonter plusieurs obstacles pour parvenir à fonctionner dans leur environnement et recevoir les soutiens requis. Les spécificités qu'ils présentent les situent également à l'écart de la norme et les exposent aux préjugés et aux jugements sociaux. Leur difficulté à se créer un réseau d'amis témoigne à la fois des déficits sociaux qui leur sont propres, mais également de la réaction des individus à leur égard. Ainsi, il est possible de penser que l'ensemble des caractéristiques se rattachant à la DI (capacités intellectuelles moindres, difficultés relationnelles, apparence atypique pour certains, etc.) agissent à titre de facteurs de risque les prédisposant à vivre les problèmes psychologiques que sont la faible estime de soi et une image corporelle négative.

Dans la suite de ce cadre conceptuel, les études recensées concernent davantage la population adolescente que celle des jeunes adultes, cette dernière étant chronologiquement plus cohérente à l'échantillon étudié dans le présent projet. Ce décalage s'explique d'abord par la prépondérance du corpus de connaissances lié à ce groupe d'âge, particulièrement lorsque l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation sont mises en relation avec la déficience intellectuelle. De plus, il a été considéré que la réalité des jeunes adultes recrutés se rapproche davantage de celle d'adolescents sur les plans du développement (social, affectif, physique) et du style de vie (scolarisation, encadrement des parents, niveau d'autonomie, activités, intérêts). Ainsi, l'exploration de la littérature scientifique relative aux adolescents a été jugée comme appropriée dans le cadre de cette étude.

2.2. Estime de soi

2.2.1. Définition conceptuelle de l'estime de soi

L'estime de soi, un sujet à l'origine de nombreuses dissidences dans l'histoire de la psychologie, représente la composante à la fois évaluative et affective du concept de soi (Dorard, Bungener, & Berthoz, 2013; Rosen & Patterson, 2011). Dans son livre intitulé *Conceiving the Self* (1979), Rosenberg décrit l'estime de soi comme étant le sentiment plus ou moins favorable éprouvé par chaque individu par rapport à lui-même. Ce construit inclut également les notions de respect et de considération de soi ainsi que la valeur qu'une personne s'accorde en tant qu'être humain. Ces éléments forment ainsi le concept de soi qui s'érige progressivement au fil des expériences sociales vécues pendant la maturation d'une personne. Une autre idéologie suggère que l'estime d'une personne repose ultimement sur l'adéquation entre ses aspirations et ses réussites (Harter, 1999; James, 1890). Selon ce principe, un individu ayant moins de succès à son actif serait plus susceptible d'avoir une faible estime de soi. Ce principe faisant appel à la logique semble pertinent. Cependant, l'estime de soi ne peut être réduite à un tel système de balancier des réussites et des échecs totalement externes à l'individu étant donné le rôle fondamental de la représentation interne que chacun se fait de sa propre personne. En effet, l'estime ne constitue pas un reflet fidèle de la réalité, mais plutôt une perception construite par un individu relativement à son interaction avec l'environnement (Dorard et al., 2013).

2.2.2. Exposition théorique de l'estime de soi

Deux modèles explicatifs de l'estime de soi émergent dans les écrits scientifiques. Une première conception unidimensionnelle soutient que l'estime de soi est un construit unique et global intégrant l'ensemble des caractéristiques d'une personne (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1979). Un autre modèle multidimensionnel a été proposé par Shavelson, Hubner, & Stanton (1976) dans le but de remédier à la qualité jugée insatisfaisante des modèles théoriques et instruments de mesure existant du concept de soi (Marsh, Craven, & Martin, 2006; Marsh & Hattie, 1996). Cette deuxième conceptualisation conserve l'idée d'une estime de soi globale, mais en la segmentant toutefois en grandes sous-catégories thématiques. À chacune de ces sous-catégories générales se greffent également plusieurs domaines spécifiques. Dans une perspective fonctionnelle, les différents domaines sont hiérarchisés et fonctionnent tous de manière relativement indépendante entre eux. Cette structure hiérarchique et cette indépendance mutuelle permettent une influence calibrée des succès et des échecs vécus par une personne conformément à l'importance qu'elle accorde au domaine spécifique touché (Harter, 1999; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). L'exemple qui suit permet d'illustrer ce modèle multidimensionnel : la compétence scolaire constitue un domaine spécifique de l'estime de Mademoiselle Z. Ce domaine se rattache à la branche générale de l'aspect intellectuel de son estime. L'acceptation sociale constitue un second domaine se rapportant à l'aspect social de Mlle Z. Si la compétence scolaire et l'acceptation sociale fonctionnent de façon indépendante et que l'acceptation sociale est plus importante aux yeux de Mlle Z, son estime personnelle sera plus grandement affectée lorsqu'elle vivra un rejet de la part de ses camarades d'école que lorsqu'elle obtiendra un mauvais résultat à un test de mathématiques. Dans le cadre du présent projet, il sera à la fois pertinent d'obtenir une mesure de l'estime globale des jeunes rencontrés ainsi que de

recueillir des données plus pointues concernant les différents domaines sur lesquels ils bâtissent leur estime de soi. Cette lunette hiérarchique permettra également d'examiner les événements qui ont pu avoir un impact, positif ou négatif, plus marqué sur l'estime de soi de la personne en vertu du domaine touché.

Au cœur même du développement du concept d'estime de soi, certains auteurs ont questionné la valeur prédictive de ce construit. Les chercheurs soulevant ce questionnement considèrent qu'une estime de soi élevée est en fait le résultat d'événements et de facteurs positifs s'étant inscrits dans le cheminement d'une personne (Baumeister, Campbell, Kreuger, & Vohs, 2003). Ainsi, selon cette perspective « non prédictive », l'estime serait forgée à partir des expériences de vie d'une personne rencontrant divers défis développementaux (Mruk, 2006) et suivrait, par voie de conséquence, la valence positive ou négative de ce parcours. Dans ce contexte, l'estime est considérée comme un indicateur de la représentation interne qu'une personne a d'elle-même et c'est en ce sens que son utilité prédictive, et non conceptuelle, est remise en question. Les opposants de cette vision considèrent l'estime comme un agent actif ayant une influence sur les choix et la vie des individus. Cet argumentaire est établi sur la base du meilleur pouvoir prédictif d'un domaine spécifique de l'estime, comparativement à l'estime globale, lorsque ce domaine est très rapproché de la variable d'intérêt. Par exemple, le concept de soi académique prédira beaucoup mieux les résultats scolaires à venir que l'estime de soi globale (Swann, Chang-Schneider & Larsen McClarty, 2007). La première position dite « non prédictive » apparaît plus ancrée dans la réalité étant donné sa prise en considération des événements modulant l'estime de soi. De surcroît, la seconde perspective « prédictive » présente davantage l'estime comme une caractéristique figée de la personnalité (Trzesniewski, Robins, Roberts, & Caspi, 2004) et n'offre aucune explication quant aux changements et à l'évolution

qu'elle peut rencontrer. En vertu de ces conclusions, la première perspective « non prédictive » identifiant l'estime comme une conséquence des événements de vie sera retenue aux fins de cette recherche, en particulier dans l'analyse des liens entre l'estime de soi et les autres variables d'intérêt.

De nombreux auteurs se sont intéressés aux conséquences associées à une faible estime de soi, à la fois chez l'adulte et chez les plus jeunes. À des périodes de vie où l'estime de soi est en développement accru, l'enfance et l'adolescence constituent des stades déterminants de ce processus social (Rosen & Patterson, 2011; Rosenberg, 1979). La faible estime de soi chez les jeunes a en outre pu être identifiée comme un facteur associé à plusieurs problématiques préoccupantes: (a) la dépression et d'autres problèmes de santé mentale, (b) l'abus de substance, (c) le décrochage scolaire, (d) des conduites criminelles, (e) des comportements sexuels à risque et des grossesses adolescentes, et (d) une pauvre satisfaction dans les relations interpersonnelles (Barry, Grafeman, Adler, & Pickard, 2007; Crockenberg & Soby, 1989; Ethier et al., 2006; Harter, 1999; Lan & Lanthier, 2003; Reinherz et al., 1993; Roberts, Gotlib, & Kassel, 1996; Rumberger, 1995; Trzesniewski et al., 2006). Il en ressort donc que l'estime de soi, elle-même définie comme étant une conséquence des interactions entre une personne et son environnement (événements de vie), est à son tour reliée à l'état psychologique et aux comportements de cette personne. Cette chaîne de conséquences octroie ainsi à l'estime de soi un rôle important dans le fonctionnement et l'évolution d'un individu.

Comme une importante variété d'effets néfastes est plus susceptible de toucher les individus de la population normale ayant une faible estime, il apparaît indispensable d'explorer les effets pouvant être observés chez une population vulnérable, soit les personnes ayant une DI,

étant données leurs particularités sur les plans intellectuel, social et physique. Un résumé des études répertoriées portant sur l'estime de soi des personnes qui présentent une DI suivra donc dans les prochaines pages.

2.2.3. Estime de soi et déficience intellectuelle

En dépit du nombre satisfaisant de recherches réalisées sur le thème de l'estime de soi chez les personnes présentant une DI, aucune conclusion définitive et généralisable n'a été obtenue à ce jour. D'emblée, l'intuition initiale porte à croire que des personnes présentant davantage de limitations seraient plus enclines à avoir une faible estime de soi. Cette première hypothèse a été posée par plusieurs équipes de recherche et certaines d'entre elles ont obtenu des résultats allant dans ce sens, sans toutefois que leurs constats soient complètement tranchés. Thomson et McKenzie (2005) ont constaté que des participants adultes ayant une DI présentaient une estime de soi significativement plus basse que les participants appartenant à la population générale. Toutefois, les résultats indiquent également que la majorité des participants présentant une DI (85%) avaient somme toute une estime positive d'eux-mêmes et que le fait de ne pas se considérer comme ayant une DI avait une fonction protectrice pour l'estime. En effet, les participants n'entretenant pas cette conception d'eux-mêmes avaient une estime plus élevée que les individus qui croyaient avoir une DI. Des résultats similaires ont aussi été obtenus auprès d'adolescents ayant une DI (Stager, Chassin, & Young, 1983). Dans cette deuxième étude, les adolescents s'associant à la perception de la DI telle que véhiculée dans la société et qui, de surcroît, attribuaient une évaluation négative à cette désignation avaient un niveau d'estime inférieur. L'ensemble de l'échantillon ayant une DI ne présentait toutefois pas une estime de soi significativement différente de ce qui a été observé chez leurs pairs ayant un DT. Toujours dans

l'axe de la conscience de ne pas correspondre à la norme, Szivos-Bach (1993) est parvenu à démontré que parmi un groupe d'étudiants âgés de 18 ans en moyenne et présentant une DI légère, ceux et celles qui percevaient le plus de stigmatisation à leur égard avaient non seulement le niveau d'estime le plus faible, mais également les idéaux les plus modestes et un sentiment inférieur quant à leur capacité à atteindre leurs aspirations. De plus, ces étudiants présentaient une tendance à voir les autres plus négativement et à expérimenter des relations interpersonnelles appauvries. Ces résultats suggèrent que la plus faible estime parfois retrouvée chez les personnes présentant une DI est davantage associée au reflet que l'environnement leur renvoie d'eux-mêmes (représentation sociétale négative et peu valorisée de la DI, stigmatisation) qu'à une représentation de soi foncièrement négative compte tenu de leurs différences et des limitations présentes.

Une quatrième recherche comparative rapporte des résultats soutenant la présence d'un faible niveau d'estime chez cette population spécifique. Parmi les trois groupes étudiés, le concept de soi le plus faible a été identifié chez les participants ayant une DI lorsque comparés à d'autres enfants présentant soit un trouble du spectre de l'autisme, soit une déficience auditive (Girli, 2013). Des habiletés sociales moindres ont aussi été retrouvées parmi les jeunes du groupe « diagnostic DI » par rapport au reste de l'échantillon. Cette étude souligne d'abord que pour obtenir une compréhension adéquate des spécificités de la population ayant une DI, celle-ci ne doit pas être assimilée à d'autres types de problématiques, tant en contexte de recherche qu'en contexte clinique. De plus, ces résultats ainsi que ceux des trois études présentées précédemment permettent d'avancer l'hypothèse voulant que la représentation sociale de la DI soit plus négative que celle des autres types d'incapacités, et ce, même lorsque les personnes vivant avec ces autres incapacités rencontrent elles aussi des défis fonctionnels importants. Ceci réitère l'influence

cruciale de l'environnement et des perceptions qui y sont véhiculées sur l'estime de soi des personnes ayant une DI.

D'autres chercheurs ont pour leur part introduit le contexte scolaire fréquenté comme variable pouvant avoir un impact sur l'estime personnelle des jeunes ayant une DI. Ce faisant, des enfants et des adolescents qui présentent une DI et fréquentent un milieu inclusif, c'est-à-dire un milieu scolaire où les classes intègrent à la fois des jeunes ayant une DI et des jeunes présentant un DT ont été comparés à des étudiants de leur classe ne présentant pas de déficience ou alors à des jeunes qui ont également une DI, mais qui fréquentent plutôt des milieux scolaires spécialisés. Conformément aux théories unidimensionnelle et multidimensionnelle décrites en amont, Bear, Clever et Proctor (1991) ont rapporté la présence d'une valeur de soi globale plus basse et d'un niveau plus faible d'estime de soi dans les domaines spécifiques des compétences intellectuelles et scolaires et des conduites comportementales chez les étudiants ayant une DI par rapport à leurs collègues de classe n'ayant pas de DI. D'autres auteurs ont eux aussi affirmé la présence d'un risque accru de développer un concept de soi négatif chez les personnes ayant une DI en contexte d'éducation inclusive (Pijl, Skaalvik & Skaalvik, 2010). L'ensemble de ces données amène donc à penser que la faible estime qui peut être observée chez les jeunes ayant une DI pourrait aussi être reliée aux phénomènes de comparaison sociale et de stigmatisation qui peut s'installer dans la proximité avec des pairs ayant un DT dans un milieu où l'encadrement insuffisant ne permet pas d'éviter ces situations. À nouveau, le sentiment d'être comparé et marginalisé par les autres s'impose comme une cause de la faible estime de soi chez certains jeunes ayant une DI.

Contrairement aux études partant de la prémisse que l'estime de soi des personnes présentant une DI est plus faible, d'autres résultats de recherches ont mis en lumière des niveaux d'estime élevés chez cette population en apportant des précisions concernant cette tendance positive. Deux projets de recherche comprenant des adolescents ayant une DI appariés à des jeunes se développant normalement ont rapporté l'absence de différence significative à la fois au niveau de la perception générale de soi (estime de soi globale) et de la perception de soi par domaine spécifique (Nader-Grosbois, 2014; Ntshangase, Mdikana, & Cronk, 2008). Deux pistes ont été abordées par les auteurs pour tenter d'expliquer les résultats obtenus. D'abord les aptitudes réduites de métacognition chez les participants ayant une DI, c'est-à-dire la capacité à réfléchir sur soi ou sur sa performance à une tâche, pourraient être à l'origine d'une évaluation plus ou moins juste d'eux-mêmes et entraîner le développement d'une estime de soi plus forte (Nader-Grosbois, 2014). De leur côté, Ntshangase et al. (2008) mentionnent l'influence probable des interventions reçues par les jeunes misant sur l'augmentation de l'estime pour favoriser leur insertion en milieu inclusif. Il semble en effet possible que des limitations liées aux processus cognitifs ou des interventions externes de renforcement aient pu avoir une incidence sur le niveau d'estime rapportée par les participants de ces études.

D'autres recherches, certaines portant sur des groupes adultes et d'autres sur des enfants, ont aussi obtenu des résultats dénotant une estime ou un concept de soi élevé chez des groupes d'individus présentant une DI (Huck, Kemp, & Carter, 2010; Li, Tam, & Man, 2006). Dans certains protocoles, le groupe de personnes présentant une DI était placé en comparaison avec un groupe d'individus de la population normale alors que pour d'autres, seuls les participants ayant une DI ont été étudiés. Huck et al. (2010) tentent pour leur part d'expliquer ce résultat par une possible incapacité de ces enfants à se comparer à leurs pairs n'ayant pas de DI, conséquemment

à leur retard développemental, ou alors aux éloges continus reçus des adultes depuis leur plus jeune âge pour soutenir leurs réalisations. Une autre piste explicative concerne une stratégie de comparaison sociale intragroupe permettant de maximiser l'estime de soi en se comparant aux enfants ayant eux aussi une DI, et arborant des compétences moindres (Crocker & Major, 1989; Li et al., 2006).

L'ensemble de ces résultats démontre qu'un besoin persiste quant au développement d'une compréhension consolidée des processus en jeu. Néanmoins, l'exploration des études sur le sujet soulève la tendance voulant que les personnes ayant une DI soit intrinsèquement disposées à avoir une bonne estime d'eux-mêmes, mais que leurs interactions dommageables avec l'environnement minent cette estime et la nivèlent vers le bas. De plus, le nombre supérieur d'études et la qualité méthodologique satisfaisante de celles-ci constituent un premier argument soutenant l'existence d'une tendance négative (faible estime de soi), et réfutant l'idée que le niveau d'estime diffère aléatoirement selon la personnalité des individus formant cette population. Les informations présentées dans la solide analyse documentaire de Pijl et al. (2010) vont-elles aussi dans ce sens. Enfin, l'étude de Szivos-Bach (1993) qui soutient cette même position présente des forces méthodologiques particulièrement intéressantes (ajustement du matériel aux caractéristiques de la population, exploration qualitative plus poussée des réponses données et grande richesse des résultats) agissant comme un argument additionnel.

Dans les études présentées, l'estime de soi a principalement été évaluée à partir des domaines reliés à la réussite intellectuelle et sociale. Toutefois, l'apparence constitue un autre élément susceptible de moduler l'estime d'une personne. À cet effet, Mendelson, Mendelson et Andrews (2000) soulignent la contribution majeure de l'estime corporelle à l'estime globale d'un

individu. Dès lors, la section suivante abordera le thème de l'image corporelle étant donné les particularités physiques observées chez certaines personnes de la population vivant avec une DI.

2.3. Image corporelle

2.3.1. Définition conceptuelle et exposition théorique de l'image corporelle

Le concept d'image corporelle réfère à la représentation interne et à l'évaluation qu'une personne fait de sa propre apparence (Smolak & Thompson, 2009; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tanleff-Dunn, 1999). Plus communément, l'image corporelle correspond à la façon dont une personne perçoit la forme de son corps et son poids (Franko & Edwards George, 2009).

L'expression « forme du corps » peut aussi bien référer à la silhouette d'une personne qu'à la forme de certaines parties de son corps comme le visage, le ventre ou les jambes par exemple.

Pour Bruchon-Schweitzer (1986), l'image corporelle d'une personne intègre également l'ensemble des sentiments, des attitudes, des souvenirs et des expériences associés au corps qui ont été accumulés puis intégrés à une perception de soi plus globale. Loin d'être fixe et définitive, cette image de soi physique peut être influencée par l'environnement d'une personne (McCabe & Ricciardelli, 2004; Thompson et al., 1999) et évoluer avec sa progression en âge (Dany & Morin, 2010). Plusieurs auteurs s'entendent sur la nature multidimensionnelle du concept d'image corporelle qui se décline en trois composantes (Cantin & Stan, 2010; Kashubeck-West, Saunders, & Coker, 2012; Striegel-Moore & Franko, 2002). La première composante dite *perceptuelle* se rattache à la précision avec laquelle un individu estime la taille et la forme de son corps. La deuxième composante est davantage *subjective* et implique à la fois les attitudes, les sentiments et les pensées éprouvés à l'égard de son corps. La troisième composante relève de l'aspect

comportemental et concerne les conduites de vérification de son apparence ainsi que l'évitement de situations susceptibles de rendre une personne inconfortable par rapport à son corps (Kashubeck-West et al., 2012).

En raison de son rapport plus affectif avec l'autoévaluation du corps, la composante subjective de l'image corporelle sous-tend le concept de satisfaction corporelle, un construit plus familier qui s'avère indispensable à l'étude de l'autoperception du corps (Cash, 2002). Dans sa variante négative, l'insatisfaction corporelle est reliée aux attitudes invalidantes ressenties à l'égard de sa propre image (Cantin & Stan, 2010). Ce phénomène découle essentiellement d'un écart existant entre le corps perçu et le corps désiré, avec pour critères sa forme et son poids. Advenant la présence d'un tel écart, une personne ressentira une insatisfaction par rapport à son corps. Cette insatisfaction s'intensifiera au fur et à mesure que la différence entre ce qu'elle perçoit et ce qu'elle désire de son corps s'accroîtra (Cash, 2002; Kashubeck-West et al., 2012). Outre cette incohérence interne vécue, des impacts psychologiques peuvent également être occasionnés par l'insatisfaction corporelle (Dany & Morin, 2010). Sur ce point, plusieurs auteurs rapportent que la dépression, l'anxiété et l'insécurité figurent parmi les conséquences touchant les personnes qui vivent de l'insatisfaction corporelle (Johnson & Wardle, 2005; Stice & Bearman, 2001; Stice & Shaw, 2002). De la même manière, une faible estime de soi est rapportée comme étant positivement corrélée à l'insatisfaction corporelle, et inversement, dans les écrits scientifiques qui précisent également que cette situation est davantage observée chez les femmes à l'adolescence et à l'âge adulte (Furnham, Badmin, & Sneade, 2002; Koff, Rierdan, & Stubbs, 1990; Kostanski & Gullone, 1998; Thompson & Altabe, 1991; Tomori & Rus-Makovec, 2000). De plus, de nombreuses études ont confirmé que les femmes vivent plus d'insatisfaction par rapport à leur apparence physique et qu'elles ont une image corporelle plus négative que les

hommes, et ce, autant à l'âge adulte qu'à l'adolescence (Allgood-Merten, Lewinsolm & Hops, 1990; Furnham et al., 2002; Furnham & Calnan, 1998; Knauss, Paxton & Alsaker, 2008; Muth & Cash, 1997; Peplau et al., 2009). C'est aussi ce que soutient une étude américaine récente rapportant des taux de prévalence d'insatisfaction corporelle variant de 13,4% à 31,8% chez les femmes et de 9% à 28,4% chez les hommes (Fallon, Harris & Johnson, 2014). D'autres études révèlent néanmoins que les jeunes hommes vivent eux aussi de plus en plus d'insatisfaction corporelle en raison des pressions sociales grandissantes au sujet de l'atteinte du corps idéal, celui-ci étant à la fois mince et musclé (Cafri, et al., 2005; Cohane et Pope, 2001). Ces données laissent entendre que l'insatisfaction corporelle s'approche davantage du statut de phénomène normatif plutôt que de celui d'une réalité marginale réservée à une population clinique.

Il est généralement admis que l'adolescence constitue une phase importante du développement identitaire, notamment en ce qui a trait à l'élaboration d'une opinion sur soi. Cette période de vie est également caractérisée par la puberté qui entraîne un ensemble de changements corporels dont la croissance en taille et en poids, le développement des seins et des organes génitaux, des irrptions dermatologiques (acné), l'augmentation du tissu adipeux et de la masse musculaire et l'apparition des poils (Dany & Morin, 2010; DeRose & Brooks-Gunn, 2006; Levine & Smolak, 1992). Par conséquent, la puberté apparait comme étroitement reliée à l'image corporelle des adolescents étant donné les transformations sérieuses du corps qui sont expérimentées (Bélangier, 2010). Comme la recherche démontre que ce serait au début de cette période qu'émergerait la différenciation sexuelle relative à l'insatisfaction face au corps (Cantin & Stan, 2010), des chercheurs se sont penchés sur la question des facteurs de risque spécifiques à cette période. Malgré l'absence de conclusions unanimes, le poids plus élevé, tel qu'évalué par le calcul de l'IMC, et la perception d'être en surpoids ressortent comme étant les facteurs

pubertaires les plus fréquemment associés à l'insatisfaction corporelle chez les filles (Ackard & Peterson, 2001; Barker & Galambos, 2003; Calzo et al., 2012; Stice & Shaw, 2002; Stice & Whitenton, 2002) et les garçons (Calzo et al., 2012). Parmi ces auteurs, plusieurs n'ont pas identifié le plus jeune âge au moment de la puberté et les ménarches précoces comme étant significativement associés à l'insatisfaction corporelle (Ackard & Peterson, 2001; Stice & Shaw, 2002; Stice & Whitenton, 2002).

Plusieurs autres facteurs de risque sociaux ont aussi été reliés au phénomène de l'insatisfaction corporelle. Parmi ceux-ci figurent le processus de comparaison sociale, l'influence des médias, la pression de minceur perçue, l'internalisation des idéaux de minceur, le manque de soutien social, le modelage sur les pairs et le fait de se faire agacer par ces derniers (Barker & Galambos, 2003; Kashubeck-West et al., 2012; Stice & Shaw, 2002; Stice & Whitenton, 2002). Plusieurs études ont effectivement démontré que les commentaires négatifs sur l'apparence physique, les moqueries concernant le poids ou les incitations à perdre du poids de la part des pairs présentent une concomitance avec l'insatisfaction corporelle chez des adolescents de sexe masculin et féminin (Barker & Galambos, 2003; Jones & Crawford, 2006; Jones, Vigfusdottir, & Lee, 2004; Vincent & McCabe, 2000). De plus, le fait d'avoir été agacé pendant son développement aurait une influence sur l'estime de soi et serait aussi fortement associé au fait de vivre de l'insatisfaction corporelle quelques années plus tard, soit à l'âge adulte (Cash, 1995; Eisenburg, Neumark-Sztainer, Hanes, & Wall, 2006; Rieves & Cash, 1996; Thompson, Fabian, Moulton, Dunn, & Altabe, 1991; Thompson, 1991).

Enfin, le phénomène de l'intimidation, incluant à la fois les moqueries, mais aussi certains types d'agression plus sérieux, peut lui aussi être relié aux enjeux touchant l'image corporelle

négative. À cet effet, l'étude de Pearce, Boergers et Prinstein (2002) démontre que les adolescents présentant un surpoids rapportent avoir été victimes d'agressions directes ou indirectes plus fréquemment au sein de leur groupe de pairs. En outre, le fait d'être la cible des attaques des autres à cause de son apparence pourrait avoir un impact sur l'estime et la satisfaction corporelle d'un jeune. C'est ce que l'équipe de Lunde, Frisén et Hwang (2006a, 2006b) a pu observer en établissant que différentes formes de victimisation comme l'intimidation, l'exclusion sociale ou la violence physique et verbale étaient positivement associées à l'insatisfaction corporelle chez des garçons et des filles âgés de 10 ans.

La possible présence de caractéristiques physiques particulières et hors-normes, de même que la surreprésentation des problèmes d'obésité chez les jeunes ayant une DI amènent à penser que l'image corporelle pourrait constituer une zone sensible chez cette population lorsqu'elle traverse la période critique de l'adolescence. Également, comme il a été démontré que de très jeunes enfants présentent une conscience précoce des standards de minceur véhiculés dans la société et de la réalité de stigmatisation touchant les personnes en surpoids (Cramer & Steinwert, 1998; Musher-Eizenman, Holub, Edwards-Leeper, Persson, & Goldstein, 2003), il y a fort à parier que les personnes présentant une DI légère, dont le développement cognitif correspond à un âge mental plus bas, ont eux aussi bel et bien conscience de ces enjeux et de ces idéaux. Il existe ainsi une possibilité élevée que leur image corporelle soit affectée à un moment ou à un autre de leur développement.

2.3.2. Image corporelle et déficience intellectuelle

Conformément à la plus grande prévalence d'obésité chez les individus ayant une DI, celle-ci étant estimée être trois fois plus élevée chez les enfants et les adolescents de cette population (Salaun & Berthouze-Aranda, 2011), les quelques études réalisées en lien avec l'image corporelle et la DI ont principalement ciblé la problématique de l'obésité. Ces études ont d'abord pu démontrer que l'image corporelle perçue par les jeunes ayant une DI et étant atteints d'obésité était plus négative (Bégarie, Maïano, & Ninot, 2011) et que ceux-ci vivaient moins de satisfaction corporelle (Mikulovic et al., 2014) que leurs pairs présentant aussi une DI mais ayant un poids normal ou un surpoids moindre. L'équipe de Yoshioka et Takeda (2012) ne rapporte toutefois pas cette même différence significative. Cette contradiction pourrait être expliquée par les distinctions culturelles importantes relatives aux caractéristiques physiques ethniques, aux enjeux biologiques liés au poids et aux standards de beauté existant entre les populations orientales et occidentales. Toutefois, l'étude de Yoshioka et Takeda (2012) a soulevé la perception plus négative des parents concernant l'apparence de leurs jeunes ayant une DI et souffrant d'obésité comparativement aux parents de jeunes ayant une DI mais ne présentant pas de problème d'obésité. Les résultats distincts obtenus et les différences méthodologiques présentes confèrent à ces études des retombées intéressantes. D'abord, l'étude de Bégarie et al. (2011) conclut que l'estime globale, la valeur physique perçue, la compétence sportive et l'apparence physique perçue diminuent au cours de l'adolescence et que, l'estime globale et l'estime physique des filles sont inférieures à celles des garçons dans cette population. Ces observations soulignent la similarité entre la population ayant une DI et la population normale concernant les difficultés liées à l'image corporelle au cours de l'adolescence ainsi que l'écart existant entre les sexes. De leur côté, Yoshioka et Takeda (2012) spécifient que la perception

négative de l'image corporelle et de la forme du corps entretenues par les parents de jeunes obèses présentant une DI relève davantage de la condition liée au poids, et non des caractéristiques physiques parfois associés à la DI puisqu'aucune différence significative n'a été observée entre les groupes non obèses DI et non-DI. Une autre étude clinique portant sur l'efficacité des services auprès de bénéficiaires ayant une DI et un surpoids a permis d'identifier la présence accrue d'émotions négatives (« anger » et « upset ») associées à leur silhouette ainsi que des croyances associant bonheur et santé à la minceur (Rubbert, Bisnauth & Offen, 2012). Il apparaît alors que la problématique de l'obésité, dont la prévalence supérieure est systématiquement observée chez les adolescents ayant une DI sans égard au contexte de soutien dans lesquels ils évoluent (Bégarie, Maïano, Ninot, & Azéma, 2009; Takeuchi, 1994), constitue une condition surhandicapante fortement associée à la fois à la DI et à des problèmes d'image corporelle qui en vient à nuire à la qualité de vie des individus (Bégarie et al. 2009). Il est à noter que cette réalité d'insatisfaction corporelle chez les jeunes ayant une DI ne diffère toutefois pas de ce qui est retrouvé dans la population des adolescents ayant un DT chez qui il est estimé qu'entre 40 à 70% des filles sont insatisfaites d'au moins deux caractéristiques de leur corps (Levine & Smolak, 2002).

Une deuxième tangente de la recherche se rapporte à l'évaluation de l'image corporelle chez des jeunes vivant avec DI pour qui cette déficience s'inscrit dans le contexte d'un syndrome auquel une physionomie particulière est associée. Ce sont plus particulièrement les syndromes de Turner et de Prader-Willi qui ont fait l'objet des études relevées. Dans les grandes lignes, le syndrome de Turner qui touche davantage de femmes engendre une grandeur réduite, une dysmorphie craniofaciale et un cou d'apparence palmé (Chen, 2006a), tandis que le syndrome de Prader-Willi amène une hypotonie sévère, des pieds et des mains de petite taille ainsi qu'une

obésité morbide liée à l'hyperphagie (Chen, 2006b). Dans les deux études abordant chacune un syndrome, les participants et participantes avaient soit une estime liée à l'apparence significativement inférieure par rapport au groupe formé de personnes sans syndrome, ou alors ressentaient une insatisfaction face à leur corps (Cragg & Lafrenière, 2010; Napolitano, Zarcone, Nielsen, Wang, & Caliendo, 2010). D'une manière ou d'une autre, il en revient à dire que ces personnes ont une image corporelle négative. Dans l'étude de Cragg et Lafrenière (2010), la faible estime générale était également accompagnée d'une faible estime sociale et d'une faible estime corporelle. Seule l'estime reliée à la performance ne semblait pas atteinte. Dans l'étude de Napolitano et al. (2010), l'insatisfaction corporelle retrouvée chez les participants se reflétait également dans l'insatisfaction vécue par les parents par rapport à la physionomie de leur jeune.

L'ensemble de ces éléments mène à la conclusion que, de façon générale, lorsqu'il est question d'image corporelle, les mêmes principes observés dans la population normale s'appliquent à la population ayant une DI. Ainsi, les plus fortes préoccupations corporelles à l'adolescence, la manifestation d'une différenciation entre les sexes ainsi qu'une image corporelle négative observée chez les personnes ayant un problème d'obésité et chez celles ayant des caractéristiques physiques hors-normes sont retrouvées chez les jeunes vivant avec une DI. Ces conclusions suggèrent que ces jeunes sont confrontés aux mêmes difficultés sociales, c'est-à-dire le climat socioculturel dictant les standards de beauté et les phénomènes de discrimination en vertu de l'apparence qui en découlent. Or, entre discrimination et intimidation, il n'y a qu'un pas à franchir. Ainsi, la problématique de l'intimidation chez ces jeunes fera l'objet de la prochaine section puisque, selon la littérature consultée, leurs caractéristiques physiques et psychologiques hors-normes les rendent plus vulnérables à la victimisation.

2.4. Intimidation

2.4.1. Définition conceptuelle et exposition théorique de l'intimidation

Heinemann a été le premier auteur à écrire sur l'intimidation au début des années 70. Il référait alors à ce phénomène en employant le terme norvégien « mobbning » (ou *mobbing* en langue anglaise) signifiant harcèlement (Smith, Cowie, Olafsson, & Liefhoghe, 2002). Les différentes terminologies analogues existantes (harcèlement, persécution, victimisation par les pairs, abus, maltraitance, etc.) constituent encore aujourd'hui un obstacle à l'uniformité de sens dans la recherche sur le phénomène de l'intimidation. Plusieurs auteurs soulignent ainsi la difficulté de comparaison d'un pays à l'autre et entre les différentes études produites en raison des inconsistances résidant dans la définition, la compréhension et la catégorisation de l'intimidation (Bosworth, Espelage, & Simon, 1999; Craig, Pepler, & Atlas, 2000; Griffin & Gross, 2004; Smith, 2004; Solberg & Olweus, 2003). Malgré cette confusion de vocabulaire et au niveau du construit lui-même, une définition consensuelle de l'intimidation se dégage des écrits récents publiés depuis les travaux d'Olweus qui font référence en la matière (1994, 1995, 1997).

Cette définition se rapporte à quatre critères principaux. D'abord, l'intimidation concerne la répétition constante de gestes négatifs ou de nature agressive visant une personne. Ces abus réguliers toujours fondés sur la même critique, en viennent à affaiblir progressivement l'estime de soi de la personne visée. C'est donc sur la base de la *réurrence* que s'établit le premier critère. Le second critère concerne plutôt l'*intention* derrière le geste. Ainsi, l'acte adressé doit inévitablement avoir pour but de causer du tort à la victime, qu'il s'agisse d'une atteinte physique, psychologique ou d'humiliation (Olweus, 1995, 2013). Troisièmement, un *déséquilibre*

de force doit exister entre l'intimidateur et sa cible. Ce déséquilibre ne se rapporte pas nécessairement à la taille des individus impliqués, mais plutôt à l'avantage physique, verbal ou social de l'intimidateur, tel que perçu par la victime (Olweus, 2013). Ce rapport de force laisse donc croire à cette dernière qu'elle est surpassée et incapable de riposter à l'agression (Olweus, 1994, 2013). Enfin, un quatrième critère congruent ne figurant toutefois pas dans toutes les définitions développées a trait aux *émotions* bien distinctes ressenties par l'intimidateur et par la personne intimidée. Cette division peut sembler évidente à première vue, mais elle a néanmoins le pouvoir de distinguer clairement une taquinerie entre camarades d'un incident d'intimidation (Olweus, 1993a; Scholte, Overbeek, Ten Brink, Engels, & De Kemp, 2006; Voors, 2003). Chez la victime, ce sont principalement des sentiments de honte, de perte de confiance en soi, de peur et d'anxiété à l'idée de croiser son ou ses agresseurs, de colère et parfois de désir de vengeance qui émergent (Voors, 2003). L'état de souffrance retrouvé chez les victimes revêt parfois une intensité telle que le suicide peut être envisagé comme moyen de mettre fin à la détresse vécue (Bonanno & Hymel, 2010). Le jeune qui intimide les autres vit généralement beaucoup de colère exprimée par son agressivité. Celui-ci aurait aussi tendance à percevoir des intentions hostiles autour de lui (Voors, 2003) et à avoir peu d'empathie et de remords (Dupper, 2013; Olweus, 1994, Voors, 2003).

2.4.2. *Les trois sous-types d'intimidation*

Les manifestations d'intimidation se déploient essentiellement sous trois formes : physique, verbale et relationnelle. L'intimidation *physique*, la forme la plus facilement identifiable, inclut des gestes comme des coups, des bousculades, des morsures, des crachats, l'action de tirer les cheveux ou le fait d'enfermer une personne dans un lieu clos. Ce type de comportement est plus

souvent observé chez les jeunes, à l'école primaire et au début du secondaire (Voors, 2003; Wang, Iannotti, Luk, & Nansel, 2010) de même que chez les garçons (Nansel et al., 2001).

Dans sa forme *verbale*, l'intimidation regroupe toutes les paroles blessantes telles que les menaces verbales, les jurons, les injures, les blagues cruelles portant sur l'apparence, l'habillement, le handicap, l'ethnie ou toute autre caractéristique d'une personne. Cette forme d'intimidation est à même de laisser des blessures très profondes même si elle n'implique aucun contact physique. En effet, chez les jeunes adolescents, la structure identitaire (concept de soi) n'est pas encore entièrement organisée et cohérente (Harter, 2012). Les adolescents sont aussi très conscients d'eux-mêmes et hautement préoccupés par la perception et l'appréciation de leurs pairs (Harter, 1990, 2006), ce qui les rend potentiellement plus sensibles aux attaques personnelles en provenance de ces camarades. Lorsqu'elles sont internalisées (Graham & Juvonen, 1998), ces expériences ont ainsi le dangereux pouvoir d'intervenir dans le processus développemental identitaire d'un jeune. Ce type d'intimidation s'illustre aussi comme étant le plus répandu, tant chez les garçons que chez les filles, de l'école primaire jusqu'au niveau collégial, et s'avèrerait une forme puissante d'abus émotionnel susceptible d'affecter une personne pour le reste de sa vie (Voors, 2003).

Dans sa configuration sociale, l'intimidation de type *relationnelle ou sociale* sous-tend deux manifestations, l'exclusion et le commérage. L'exclusion peut être comprise comme un châtiment auquel sont soumis ceux qui ne correspondent pas aux critères d'appartenance à un groupe, déterminés par leurs pairs. De façon très brutale, les victimes sont alors traitées ou ignorées comme des personnes n'ayant aucune importance. Cette situation d'ostracisme apparaît comme particulièrement douloureuse à l'adolescence (Voors, 2003). En effet, malgré le rejet

vécu, le besoin d'aller vers les autres se fait tout aussi présent alors que ce sont nouvellement les pairs, et non plus les parents, qui occupent le rôle de référent social (Cannard, 2010). Les avancées de la neuroscience révèlent effectivement que le cerveau humain est littéralement organisé et connecté pour tendre vers la recherche d'interactions sociales et le désir de bâtir des liens interpersonnels significatifs (Goleman, 2006). Ainsi, des contrecoups très dommageables comme des problèmes psychiatriques ou la dépendance à une substance ont été associés à ce phénomène d'isolation imposée (Voors, 2003). Certains auteurs suggèrent que les effets de l'ostracisme seraient encore plus dommageables que ceux de l'intimidation physique ou verbale (Williams & Nida, 2009). Selon eux, l'intimidation exercée par des coups ou des paroles permet minimalement à la victime d'être reconnue dans son existence, contrairement à ce qui est vécu par un jeune rejeté qui en vient à se sentir invisible. Le commérage constitue une deuxième variante de l'intimidation relationnelle. Celui-ci se rapporte davantage à la propagation orale ou écrite de mensonges ou de rumeurs concernant une personne. Par conséquent, la victime en vient à ressentir l'aliénation dont elle est la cible, sans toutefois en connaître la raison puisqu'elle n'a pas nécessairement été mise au fait des diffusions malveillantes qui circulent sur elle. Ainsi, le commérage se distingue de l'intimidation verbale par sa nature indirecte, mais en étant tout aussi pernicieux. La recherche démontre que davantage d'agressions relationnelles (Crick et Grotpeter, 1995; French, Jansen & Pidada, 2002; Nansel et al., 2001) et d'agressions indirectes (Card, Stucky, Sawalani, & Little, 2008; Olweus, 1993b; Prinstein & Cillessen, 2003; Vaillancourt, Brendgen, Boivin, & Tremblay, 2003) sont signalées chez les filles, contrairement aux garçons qui ont plutôt recours à l'agression physique ou verbale directe pour atteindre autrui (Verlaan, Déry, & Boutin, 2012). Le terme agression indirecte regroupe à la fois le commérage (fausses rumeurs, propagation de propos malveillants au sujet d'une personne) et des actions prises

indirectement pour nuire à la personne (révéler son secret, envoyer des insultes par message de façon anonyme, etc.)

Internet et les avancées technologiques des dernières décennies ont également engendré l'avènement d'une nouvelle forme d'intimidation appelée cyberintimidation. Cette variante virtuelle peut être définie comme étant « l'acte agressif et intentionnel d'un groupe ou d'un individu utilisant des moyens de contact électroniques de façon répétée et étendue dans le temps au détriment d'une victime qui n'est pas en mesure de se défendre » [traduction libre] (Didden et al., 2009, p.147). Une particularité notable qu'offre le cyberspace se rapporte toutefois à la notion d'anonymat. Ainsi, un jeune qui détient normalement très peu de pouvoir dans son environnement réel se retrouve en mesure d'exercer une emprise dominante en agissant de façon anonyme ou en utilisant une fausse identité. Cette posture lui octroie ainsi la capacité de divulguer n'importe quelle information, véridique ou non, à un auditoire décuplé à tout endroit et en tout moment. Les possibilités de harcèlement s'en trouvent donc extraordinairement augmentées (Dooley, Pyzalski, & Cross, 2009; Vandebosch & Van Cleemput, 2009). En vertu de l'apparition de cette nouvelle forme d'intimidation, certains auteurs se sont intéressés à l'applicabilité des critères de répétitivité et de déséquilibre de force à la cyberintimidation, remettant ainsi en question la validité des outils d'évaluation existants fondés sur les trois critères définis (intentionnalité, répétitivité et déséquilibre de force) pour appréhender cette nouvelle réalité (Smith, del Barrio, & Tokunaga, 2013; Ybarra, Boyd, Korchmaros, & Oppenheim, 2012). Leurs conclusions soutiennent que les critères principaux définissant l'intimidation dite traditionnelle s'appliquent aussi à la cyberintimidation, et ce, étant donné l'intention malveillante du cyber intimidateur qui demeure, la propagation rapide de l'information (texte, image, vidéo) parmi un très large auditoire qui peut survenir même lorsqu'il s'agit d'un incident d'intimidation

unique; cette propagation étant jugée équivalente au critère de récurrence en raison de son ampleur, et le déséquilibre de force qui peut quant à lui résider dans « le savoir-faire technologique, l'anonymat relatif, le statut social, le nombre d'amis ou la position marginalisée d'un groupe » [traduction libre] (Smith et al., 2013, p.36).

2.4.3. *Les acteurs de l'intimidation*

Le phénomène de l'intimidation est aussi caractérisé par le continuum intimidateur-victime sur lequel se situent les personnes impliquées. Il a aussi été démontré que les jeunes qui s'insèrent dans cette dynamique néfaste peuvent y prendre part dans de multiples rôles (Espelage & Swearer, 2003; Swearer, Siebecker, Johnson-Frerichs, & Wang, 2010). En effet, l'implication d'une personne ne se limite pas à une seule fonction sur le continuum étant donné que celle-ci n'est pas fixe à travers le temps (Swearer, Collins, Radliff, & Wang, 2011). Les trois acteurs principaux de cette dynamique sont l'intimidateur (instigateur de la relation d'intimidation), la victime (la personne subissant l'intimidation) et la victime-intimidatrice (victime provocatrice) (Espelage & Swearer, 2003; Swearer et al., 2010; Vessey, DiFazio, & Strout, 2013). Les auteurs réfèrent généralement à l'appellation *bully-victim* pour qualifier cette troisième catégorie. Aux fins du présent projet rédigé en français, il a été choisi de traduire cette appellation par le terme victime-intimidatrice afin d'en préserver le sens.

2.4.4. *Prévalence, facteurs de risque et conséquences liées à l'intimidation*

Comme le démontre l'important volume de recherches produites sur le sujet, l'intimidation constitue un enjeu de taille qu'il importe de démystifier en raison du nombre de jeunes touchés à

travers le monde ainsi que de la gravité des conséquences pouvant en découler. Les prévalences nationales de l'intimidation dans différents pays, dont la Suède, la Norvège, les États-Unis, l'Angleterre, le Canada, l'Australie, l'Irlande, l'Italie et le Japon, affichent une variation majeure. Ainsi, les chiffres actuels s'étendent approximativement de 9% à 73% selon les différents pays (Craig & Harel, 2004; Mishna, 2012). Un rapport de l'Unesco estime à 20% le nombre de filles et de garçons qui sont touchés par l'intimidation et la violence scolaire dans le monde (Institut de la statistique de l'UNESCO, 2011). Certaines statistiques récentes obtenues pour les États-Unis s'apparentent à cette estimation et atteignent 20,8% (U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics, 2016) et 28% (Kann et al., 2014) selon les études menées. D'autres auteurs avancent qu'environ la moitié de l'ensemble des étudiants (50%) serait impliquée dans une relation d'intimidation aux États-Unis (Hinduja & Patchin, 2015; Wang, Iannotti, & Nansel, 2009). Le Canada s'élève quant à lui au 9^e rang sur 35 pays en ce qui a trait à l'intimidation chez des jeunes de 13 ans (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008), la prévalence d'intimidation étant évaluée à 33% parmi la population des adolescents étudiants (Molcho, Craig, Due, Pickett, Harel-Fisch, Overpeck, & HBSC Bullying Writing Group, 2009) et à 30% et 38% respectivement chez les femmes et les hommes lorsque l'intimidation est explorée de manière rétrospective auprès des adultes canadiens (Kim & Leventhal, 2008). Ces résultats élevés mais inconstants laissent comprendre que l'intimidation constitue un problème sérieux qui n'a toutefois pas encore été entièrement cerné. Deux facteurs ont été proposés pour expliquer ce manque de clarté dans les prévalences obtenues. La variabilité substantielle de la définition de l'intimidation entre les recherches constitue un premier obstacle. De plus, les différences importantes existant entre les méthodologies utilisées par les chercheurs pour évaluer la présence d'intimidation nuisent grandement aux comparaisons entre les résultats qui permettraient d'atteindre des conclusions claires quant à l'ampleur du phénomène, tant au sein d'un même pays

que d'un pays à l'autre (Kiriakidis, 2011). Ce manque de précision explique aussi peut-être pourquoi les mesures sociales canadiennes ne parviennent pas, à ce jour, à limiter davantage l'occurrence et les impacts de l'intimidation, comme en témoignent les statistiques élevées présentées.

En dépit de la prévalence élevée de l'intimidation, ce ne sont pas tous les individus ni même la majorité qui en sont la cible en grandissant. La présence de certaines caractéristiques personnelles ou sociales chez un jeune semble être reliée au fait d'être intimidé. D'abord, il a été établi que le seul fait d'être perçu comme « différent » et de ne pas correspondre d'une quelconque manière aux normes d'un milieu et des personnes qui s'y trouvent constitue le prédicteur le plus robuste de la victimisation (Furlong, Chung, Bates et Morrison, 1995; Shakeshaft et al., 1995). Par conséquent, l'orientation sexuelle, le genre, l'appartenance à une communauté ethnique minoritaire, la religion, le revenu familial et le poids constituent tous des facteurs stigmatisants plaçant une personne plus à risque de vivre de l'intimidation (Azeredo, Rinaldi, de Moraes, Levy, & Menezes, 2015; Furlong et al., 1995; McMaster, Connolly, Pepler, & Craig, 2002; Shakeshaft et al., 1995; Shetgiri, Espelage, & Carroll, 2015).

D'autres caractéristiques psychologiques comme l'anxiété, la tendance à la soumission (McMaster et al., 2002), la présence d'une condition cognitive telle que le TDAH ou un trouble d'apprentissage spécifique (Knox & Conti-Ramsden, 2003) ou le fait d'avoir une intelligence hors normes (McMaster et al., 2002) prédisposent aussi une personne à vivre de l'intimidation. Une faible estime de soi constitue une autre caractéristique psychologique importante figurant au profil des jeunes plus vulnérables à l'intimidation (Olweus, 1994). Les jeunes victimes ont également l'impression qu'elles sont responsables de leur situation et qu'elles méritent ce qui leur

arrive (Vaillancourt, Hymel & McDougall, 2011). Elles en viennent en quelque sorte à transmettre ce même message aux autres (Roland, 1989). Le fait de présenter une apparence particulière (Dawkins, 1996; McMaster et al., 2002) ou un surpoids (Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004; Lumeng et al., 2010) augmenterait également le risque d'être victimisé. Les difficultés sociales figurent elles aussi au tableau des facteurs de risque de l'intimidation. En effet, des habiletés adaptatives interpersonnelles inefficaces (Smith, Talamelli, Cowie, Naylor & Chauhan, 2004) et d'une santé sociale moindre, c'est-à-dire l'habileté à s'entendre avec les autres et à composer avec les institutions sociales et les mœurs de la société (Lester, Cross, Dooley & Shaw, 2013), ont été associées à la victimisation.

Dans un cas de victimisation, pratiquement tous les domaines de la vie d'un jeune peuvent se retrouver affectés. En effet, plusieurs auteurs ont rapporté les divers impacts de l'intimidation dans les sphères académique, psychologique, émotionnelle, sociale et physiologique (Crick & Bigbee, 1998; Olweus, 1984, 1993b; Rigby, 2000) qui peuvent s'avérer substantiels (Boxer, Edwards-Leeper, Goldstein, Musher-Eizenman & Dubow, 2003). L'école étant un milieu privilégié de socialisation, elle devient bien souvent le théâtre des actes d'intimidation en dépit de la surveillance et de l'encadrement apportés. Dès lors, la victimisation vécue peut prendre le dessus sur l'implication scolaire d'un jeune en affectant son niveau de valorisation académique et son lien avec son milieu d'études. Les données concernant le statut psychologique des jeunes vivant de l'intimidation soulignent d'abord l'effet des agressions vécues sur leur estime personnelle (Kokkinos & Panayiotou, 2004; Olweus, 1993a; Raskauskas & Stoltz, 2007). La situation peut également en venir à engendrer des conséquences émotionnelles comme la dépression et l'anxiété ou alors, dans les cas plus graves, des idéations suicidaires (Bonanno & Hymel, 2010; Espelage & Holt, 2001; Graham, Bellmore, & Mize, 2006; Hawker & Boulton,

2000; Kim, Koh, & Leventhal, 2005; Marr & Fields, 2001; Nishina, Juvonen, & Witkow, 2005; Perren, Dooley, Shaw, & Cross, 2010; Rigby, & Slee, 1991; Skapinakis et al., 2011; Vaillancourt et al., 2008). En ce qui a trait à l'anxiété, il a été démontré que les victimes d'intimidation souffrent typiquement d'anxiété sociale (Gladstone, Parker, & Malhi, 2006; Huphrey, Storch, & Geffken, 2007; La Greca & Harrison, 2005; Storch, Zelman, Sweenwy, Danner, & Dove, 2002). L'anxiété vécue devient également incapacitante pour les jeunes et peut avoir des impacts significatifs sur la capacité à tisser des liens d'amitié de même que sur la performance et la présence à l'école (Swearer et al. 2011). De plus, la victimisation s'accompagne régulièrement de maux physiques (Due et al. 2005; Natvig, Albrektsen, Qvarnstrom, 2001) qui tendent à augmenter à mesure que l'intimidation vécue s'accroît (Newman, Holden, & Delville, 2005). Ces résultats concernant les conséquences de l'intimidation démontrent encore une fois l'importance de s'attarder à cette problématique dans la recherche comme sur le terrain pour en limiter les impacts. Aussi, certains facteurs comme une faible estime de soi ou la propension à l'anxiété sont décrits à la fois comme des causes et des conséquences de l'intimidation par différents auteurs. Certains auteurs d'études longitudinales se positionnent cependant clairement en affirmant que ces difficultés psychologiques sont le résultat de l'intimidation subie et non un facteur précipitant ou prédisposant aux mauvais traitements par les pairs (Arsenault et al., 2006; Kim et al., 2005; Sourander, Helstela, Helenius, & Piha, 2000). Ces croisements théoriques témoignent néanmoins du besoin d'éclaircissement toujours présent quant à la relation entre ces variables et aux dynamiques en jeu à travers le temps.

Plusieurs des facteurs qui ont été abordés dans ce chapitre, notamment une faible estime de soi, des capacités intellectuelles limitées, une apparence distinctive, une réussite modeste dans certaines activités et un réseau d'amis restreint, constituent des spécificités plaçant un jeune à

risque de vivre de l'intimidation. Il apparaît aussi que plusieurs de ces caractéristiques s'inscrivent plus fréquemment dans le développement d'une personne présentant une DI. Conformément à ce raisonnement, il apparaît probable que ces personnes soient plus sujettes à vivre de l'intimidation en raison de leurs différences. Quelques chercheurs ont également émis cette hypothèse et ont choisi d'étudier le phénomène de l'intimidation chez cette population particulièrement à risque. Les résultats de leurs travaux sont rapportés dans la section suivante.

2.4.5. Intimidation et déficience intellectuelle

L'état actuel des connaissances permet d'affirmer que les jeunes présentant une incapacité, celle-ci pouvant être de natures diverses, font l'expérience des niveaux plus élevés d'intimidation perpétrée ou vécue que leurs pairs ne vivant pas avec une limitation (Blake et al., 2012; Carter & Spencer, 2006; Cummings, Pepler, Mishna & Craig, 2006; Mishna, 2003; Reiter, Bryen, & Shachar, 2007; Rose, Monda-Amaya & Espalage, 2011; Rose, Swearer, & Espelage, 2012; Swearer, Wang, Maag, Siebecker, & Frerichs, 2012). Parmi les travaux identifiés, très peu d'entre eux offrent des résultats distinguant la prévalence d'intimidation pour chaque type d'incapacité étudié. Un nombre encore plus limité d'études se sont penchées spécifiquement sur la question de l'intimidation chez la population des jeunes ayant une DI (Maïano, Aimé, Salvas, Morin, & Normand, 2016) et ce, en dépit de leur portrait plus vulnérable à la victimisation. Malgré cette littérature restreinte, la recension des écrits de Maïano et al. (2016) de même que certaines études additionnelles permettent d'obtenir un tableau précis et à jour en termes de prévalence, de différence entre les jeunes ayant une DI et leurs pairs présentant un DT ou ceux vivant avec d'autres déficiences ainsi que des facteurs liés l'intimidation subie ou perpétrée.

Maïano et al. (2016) rapportent des prévalences d'intimidation estimées sur la base des moyennes pondérées de 15,1% (chez les intimidateurs), 36,3% (chez les victimes) et 25,2% (chez les victimes-intimidatrices). L'une des études analysées apporte également des précisions quant aux taux de prévalence associés aux différentes formes que prend l'intimidation. Ainsi, les formes physique et relationnelle de perpétration par les jeunes ayant une DI atteignent respectivement 46,3% et 41,8% tandis que les formes physique, verbale, relationnelle et électronique (cyberintimidation) de victimisation chez cette même population représentent respectivement 33,3%, 50,2%, 37,4% et 38,3% (Rose, Simpson, & Moss, 2015). Ces résultats apparaissent conformes à ce qui est généralement retrouvé chez les jeunes de la population normale en ce qui concerne la perpétration, mais ils sont cependant plus élevés en ce qui a trait à la victimisation et au phénomène des victimes-intimidatrices (Maïano et al., 2016) (e.g. Craig et al., 2009; Due & Holstein, 2008; Due et al., 2005; Nansel, Craig, Overpeck, Saluja, & Ruan, 2004). D'autres études soutiennent aussi que les jeunes présentant une DI se retrouvent davantage dans les rôles de victimes et de victimes-intimidatrices que dans celui d'intimidateur (Farmer et al., 2012; Glumbić & Žunić-Pavlović, 2010; Sheard et al., 2001). De façon percutante, une enquête réalisée au Royaume-Uni rapporte que, sur un échantillon de 502 jeunes ayant une DI âgés entre 8 et 19 ans, 82% d'entre eux indiquent avoir déjà été intimidés (Mencap, 2007). Ces résultats rapportés par un organisme de sensibilisation et d'aide aux personnes ayant une DI pourraient fournir une surreprésentation importante de la victimisation chez cette population. Ils laissent croire, en effet, qu'un large écart sépare les expériences d'intimidation des jeunes vivant avec une DI de celles leurs pairs ayant un DT. Toutefois, le rapport disponible ne permet pas d'obtenir d'informations détaillées quant à la méthodologie utilisée ni les biais possibles d'échantillonnage. Ceci limite donc la crédibilité et l'importance qui peut être accordée de ces résultats.

Néanmoins, d'autres équipes de recherche s'appuyant sur une structure méthodologique plus solide sont à leur tour parvenues à démontrer que la prévalence de victimisation chez les jeunes ayant une DI était significativement plus élevée que ce qui est retrouvé chez leurs pairs présentant un DT. Cette différence significative a été obtenue à la fois dans une étude utilisant une technique autorapportée (Christensen, Fraynt, Neece, & Baker, 2012) et dans des recherches faisant appel aux observations des parents (Bear, Mantz, Glutting, Yang, & Boyer, 2015; Mayes, Calhoun, Baweja, & Mahr, 2015), de même que dans une étude combinant les deux méthodologies (Zeedyk, Rodriguez, Tipton, Baker, & Blacher, 2014). Lorsque les jeunes ayant une DI ont été comparés à des jeunes présentant des problématiques autres (TDAH, dépression, anxiété, trouble alimentaire), des différences significatives entre les groupes ont aussi révélé que les jeunes ayant une DI étaient plus susceptibles de vivre de la victimisation. À l'inverse, d'autres études n'ont pas obtenu de différence significative entre les prévalences de victimisation des jeunes présentant une DI et celle de leurs pairs ayant un DT (Zic & Igric, 2001) ni avec celle de jeunes vivant avec d'autres incapacités (Blake et al., 2012; Swearer et al., 2012). Pour un sous-groupe spécifique, soit celui de jeunes présentant un TSA, la différence significative obtenue indiquait que les jeunes ayant une DI étaient moins à risque d'être victimes que leurs pairs du groupe TSA (Mayes et al., 2015; Zeedyk et al., 2014).

Quelques-unes des études citées établissent des corrélations entre des facteurs propres aux jeunes présentant une DI et l'intimidation, certains facteurs s'associant plus particulièrement aux conduites de perpétration et d'autres à la victimisation. Les habiletés sociales plus basses et un plus faible niveau d'engagement dans des comportements prosociaux de même que le retrait social et les difficultés relationnelles ont premièrement été désignés comme des particularités prédictives de la victimisation chez cette population (Christensen et al., 2012; Reiter & Lapidot-

Lefler, 2007; Swearer et al., 2012). Les difficultés émotionnelles (Reiter & Lapidot-Lefler, 2007) et des problèmes comportementaux (Fisher, Moskowitz, & Hodapp, 2012) ont aussi été reliés à la victimisation. D'autres auteurs indiquent pour leur part que les problématiques comportementales telles que l'hyperactivité et les conduites agressives sont plutôt associées à la perpétration de l'intimidation par des jeunes ayant une DI (Reiter & Lapidot-Lefler, 2007). De plus, un QI plus faible et, par voie de conséquence, une sévérité plus importante de la DI sont aussi avancés comme des éléments pouvant être en partie responsables de l'implication d'un jeune à titre de victime ou d'intimidateur (Fisher et al., 2012; McLaughlin, Byers, & Vaughn, 2010; Rose et al., 2011). Enfin, des facteurs externes tels qu'un environnement plus restrictif et le cadre de vie dans lequel un jeune évolue peuvent constituer d'autres facteurs de risque contribuant au fait d'intimider ou d'être intimidé (Fisher et al., 2012; Rose et al., 2012). Le bilan de ces facteurs de risque confirme d'abord la plus grande prédisposition des jeunes ayant une DI à prendre part au continuum de l'intimidation, soit à titre d'intimidateur, de victime ou de victime-intimidatrice. Ceci soulève également la nécessité d'investiguer de plus près leurs caractéristiques et la dynamique d'intimidation à laquelle ils sont confrontés ou prennent part activement. Toutefois, les chercheurs s'étant généralement concentrés sur les variables personnelles plaçant un jeune à risque, nous relevons qu'un certain manque apparaît dans la littérature concernant les facteurs externes pouvant influencer cette prédisposition. En effet, nous croyons que certains éléments comme le fait d'être uniquement en contact avec des milieux « protégés » tels que l'environnement familial et un environnement de scolarisation spécialisé ou, à l'inverse, le fait d'avoir vécu des événements personnels difficiles pourraient aussi avoir des effets protecteurs ou précipitant quant à la susceptibilité d'un jeune de vivre de la victimisation.

2.5. Objectif du projet de recherche

La présente étude a pour objectif d'investiguer la présence de liens entre les phénomènes de l'intimidation en contexte scolaire, l'estime de soi et l'image corporelle chez une population mixte de jeunes adultes vivant avec un diagnostic de DI. La question de recherche est donc ainsi formulée : Comment l'estime de soi et l'image corporelle (estime corporelle) de jeunes qui présentent une déficience intellectuelle (DI) sont-elles liées à l'intimidation physique, verbale ou relationnelle en milieu scolaire dans le contexte des interactions avec les pairs? Nous souhaitons ainsi vérifier si l'expérience des participants est semblable ou différente de ce que la recension des écrits laissait prévoir, soit que les individus ayant une faible estime de soi et/ou une image corporelle négative auront vécu et vivront, au moment de la collecte des données, davantage d'intimidation qu'une personne ayant une haute estime de soi et/ou une image corporelle positive. Par contre, en l'absence d'une méthodologie longitudinale ou expérimentale, il sera impossible d'établir la direction de cause à effet de cette co-occurrence. À l'image de Wigderson & Lynch (2013) nous pouvons penser que la victimisation mine le bien-être des personnes qui la vivent, ou à l'inverse que ce sont les personnes éprouvant des difficultés a priori qui sont plus susceptibles d'être intimidées. Enfin, cette étude est la première à explorer la cyberintimidation chez cette population spécifique, ce qui lui confère un aspect novateur dans le champ de recherche sur la déficience intellectuelle.

CHAPITRE III
MÉTHODOLOGIE

Un devis de recherche mixte alliant méthodes qualitative et quantitative (Johnson & Onwuegbuzie, 2004) a été élaboré pour la réalisation du projet. Sans correspondre parfaitement aux critères de l'étude de cas multiples (Stake, 2006), cette étude portait l'intention de s'en approcher en accordant une attention particulière au contexte et aux caractéristiques de chacun des participants à travers toutes les variables et sous-thèmes explorés. En effet, un soin particulier a été porté à l'identification des résultats en les attribuant toujours au participant les ayant formulés à chacune des étapes du processus de recherche. L'analyse a aussi été réalisée à la lumière des caractéristiques individuelles des participants en évitant de créer un assemblage générique avec les résultats. Ainsi, le projet de recherche relève d'une méthodologie qualitative inspirée de l'étude de cas multiples (Stake, 2006) à laquelle se greffe l'utilisation d'instruments de mesure quantitatifs. Ce choix de devis offrait d'abord la possibilité de comparer nos résultats avec ceux des équipes de recherche ayant utilisé les mêmes instruments de mesure quantitatifs. De plus, l'entrevue qualitative permettait de clarifier les questions quantitatives, de soutenir l'élaboration de leurs réponses par les participants et d'obtenir une information expérientielle plus riche. Une collecte de données additionnelle concernant l'utilisation d'internet des participants a aussi été adjointe au projet en vue d'une étude ultérieure. Ainsi, une quatrième section du questionnaire quantitatif utilisé portait sur cette thématique connexe à la cyberintimidation.

3.1. Procédure

Au commencement du projet, plusieurs approches auprès d'organisations desservant la clientèle présentant une DI ont été tentées dans l'objectif d'entrer en contact avec la population ciblée. Des prises de contact avec les personnes responsables et les intervenants du CIUSSS de la

Capitale-Nationale Direction des programmes DI-TSA-DP, L'Arche l'étoile, Laura L'Émerveil, Apprenti-Loisirs, Adaptavie ont notamment été réalisées. Ces tentatives ont toutes été infructueuses, principalement en raison d'une incompatibilité de la clientèle en âge ou au niveau du diagnostic de sévérité de la DI avec les critères d'inclusion. Pour l'une des organisations œuvrant auprès d'individus correspondant aux critères, l'unique possibilité de recrutement par le biais de références des intervenants, selon leur bon vouloir, a constitué un obstacle majeur puisqu'aucune candidature ne nous a été transmise. Des changements au niveau du personnel de l'équipe et du gestionnaire en poste ont aussi contribué au revers de cette démarche, et ce, en dépit de nos relances. Face à cette impasse, les directions de trois écoles secondaires de la région de Québec accueillant des étudiants ayant une DI en adaptation scolaire ont été contactées. Une seule d'entre elles a donné suite à notre demande, mais aucune participation n'a résulté de cette démarche.

Le recrutement a ultimement été réalisé avec la collaboration d'une intervenante œuvrant dans une ressource spécialisée, soit l'Association pour l'intégration sociale de Québec (AISQ), un organisme dont la mission est l'inclusion sociale et la défense des droits des personnes vivant avec une DI ainsi que leurs proches. Dans un premier temps, notre collaboratrice a identifié certains jeunes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion des participants présentés plus loin (voir Tableau 1). Le projet de recherche a par la suite été présenté aux familles ciblées. Les personnes intéressées ont été contactées subséquemment par l'étudiante-chercheuse afin de leur fournir plus d'explications sur l'étude et de planifier avec elles un moment pour une rencontre. Cette technique de recrutement correspond donc à la méthode d'échantillonnage non probabiliste. Nous n'avons pas été informés du refus d'autres familles approchées pour le projet. L'effet boule de neige a également été tenté en demandant aux participants s'il ou elle connaissait un ou une

amie qui pourrait être intéressé(e) à participer. Cette seconde modalité de recrutement n'a toutefois pas mené à d'autres participations.

Tableau 1

Critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficience intellectuelle légère ▪ Homme ou femme ▪ Être âgé entre 18 et 25 ans ▪ Fréquenter un établissement scolaire ▪ Utiliser internet à des fins d'échanges sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficience intellectuelle trop sévère ▪ Difficultés sévères en lecture ▪ Limitations langagières trop sévères et non compensées (expression et compréhension)

La collecte de données s'est déroulée en deux temps distincts, soit celle réalisée avec le jeune, puis celle menée auprès de son parent lors d'une deuxième rencontre. Comme il a été admis scientifiquement que la présence d'une personne de confiance facilite le processus d'entrevue et de participation à la recherche chez les personnes ayant une DI, notamment en augmentant la qualité et la quantité des données recueillies (Julien-Gauthier, Jourdan-Ionescu, & Héroux, 2009), le choix d'être accompagné ou non d'un adulte en qui ils avaient confiance lors de l'entretien a été offert aux participants. Les séances ont néanmoins été réalisées individuellement avec les jeunes, à l'exception de deux participants pour qui il a été jugé préférable qu'un intervenant connu prenne part à la passation du questionnaire et à l'entrevue pour soutenir la compréhension et le confort du jeune. Les entrevues se sont déroulées dans divers lieux au choix des participants (locaux de l' AISQ, demeure familiale ou autre) dans une salle assurant la confidentialité et un confort adéquat. Chacune des rencontres a été entamée par la présentation de l'étudiante-chercheuse et de l'étude. Venait ensuite la lecture du formulaire de

consentement en répétant à plusieurs reprises que le jeune pouvait demander de prendre une pause ou de mettre fin à sa participation à tout moment s'il le désirait. Les jeunes étaient aussi informés qu'ils pouvaient poser autant de questions qu'ils le désiraient si certains éléments leur apparaissaient moins clairs. Ainsi, un bloc d'environ deux heures était d'abord consacré à la complétion du questionnaire et à une entrevue semi-structurée conjointe avec les jeunes adultes. Des pauses ont parfois été nécessaires de même que la division de la passation en deux rencontres séparées pour l'un des participants. Une seconde entrevue semi-structurée, prenant davantage la forme d'un récit de vie concernant le jeune, était par la suite réalisée avec son parent.

3.2. Participants

Un total de quatre participants (N=4) et leurs mères respectives (voir Tableau 2) ont pris part à l'ensemble du protocole de recherche. La composition de l'échantillon regroupé comprend un homme et trois femmes. Au final, les participants étaient âgés de 18 à 23 ans au moment de l'entrevue. Les participants recherchés devaient avoir entre 13 et 21 ans. Cependant, la rareté des participants potentiels référés nous a obligés à accepter une participante de 23 ans qui fréquentait néanmoins un établissement scolaire. Tous les participants présentaient un diagnostic de DI légère. Étant donné leur pertinence par rapport aux variables explorées, les autres diagnostics et comorbidités physiques et psychologiques propres à chacun des participants ont aussi été relevés et pris en considération dans l'analyse qualitative des données. Tous les participants vivaient dans leur milieu familial (biologique, adoptif ou d'accueil permanent) dans la région de Québec et fréquentaient un établissement scolaire au moment de l'entrevue.

Tableau 2

Portrait des participants

Pseudonyme*	Sexe	Âge	Autres diagnostics	Milieu scolaire fréquenté	Situation familiale	Parent répondant	Personne-ressource
Yukari	F	18	Trouble déficitaire de l'attention Trouble sévère de l'attachement	Milieu scolaire spécialisé	Famille d'accueil	Mère	Oui, Intervenante de l' AISQ
Stéphanie	F	20	Déficit de motricité cérébrale	Milieu scolaire régulier, classe adaptée	Famille adoptive	Mère	Non
Léa	F	23	Trisomie 18	Milieu scolaire régulier, classe adaptée	Famille biologique	Mère	Non
Shao Mela	M	18	Trisomie 21	Milieu scolaire régulier, classe adaptée	Famille biologique	Mère	Oui, Éducateur spécialisé du CIUSSS

*Les pseudonymes utilisés ont été choisis par les participants. Il ne s'agit en aucun cas d'un choix des auteures relatif à l'appartenance des participants à une communauté culturelle.

3.3. Instruments

Deux outils ont été utilisés dans notre collecte auprès des jeunes, combinant des modalités quantitative et qualitative. Tout d'abord, un questionnaire intégré divisé en quatre sections se rapportant aux variables d'estime de soi, d'image corporelle, d'intimidation et à la navigation sur internet a été administré. Conjointement à cette administration, une entrevue semi-structurée a été menée conformément aux réponses des participants aux différents items du questionnaire. Une seconde entrevue semi-structurée intitulée *Récit de vie* a également été réalisée avec le parent répondant.

3.3.1. Questionnaire intégré

Les trois variables à l'étude ont été mesurées à l'aide de trois instruments repérés et choisis parmi la littérature contemporaine. Une version combinée de ces trois outils a été créée sous la forme d'un questionnaire adapté et imagé (voir annexe A).

3.3.1.1. Échelle d'estime de soi. Une version française du Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965), l'Échelle d'estime de soi (ÉES) (Vallières & Vallerand, 1990) a été sélectionnée pour cette étude. Cette mesure globale de l'estime de soi aborde les sentiments généraux d'acceptation, de respect et d'auto-évaluation de soi. Une échelle à 4 niveaux allant de 1=fortement en désaccord à 4=fortement d'accord est utilisée pour répondre aux 10 items proposés. Le ÉES-10 présente ainsi l'avantage important d'être disponible dans une version traduite en français spécifiquement adaptée et validée pour une population canadienne-française. Les items sont courts, simples et écrits dans un langage culturellement approprié alternant formulations positives et négatives pour permettre un meilleur contrôle du biais de désirabilité sociale. Concernant les propriétés psychométriques de cette échelle, le coefficient standardisé de cohérence interne (alpha de Cronbach) atteint 0.89. La validité de construit est très satisfaisante et l'indice de corrélation test-retest est de 0.84 (Vallières & Vallerand, 1990). Il est à noter que de légères modifications de vocabulaire ont été apportées à la version de Vallières et Vallerand pour faciliter la compréhension des participants. Cette version adaptée a été soumise à deux expertes dans le domaine de la littéracie et de la DI pour vérification et approbation.

3.3.1.2. Échelle d'estime corporelle. Une version française du Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA) (Mendelson, Mendelson, & White, 1997) obtenue directement

des auteurs a été choisie pour mesurer l'évaluation que font les participants de leur propre corps et de leur apparence. L'instrument se décline en trois sous-échelles mesurant respectivement les sentiments généraux par rapport à son apparence, la satisfaction par rapport à son poids et les évaluations attribuées aux autres à propos de son propre corps et de son apparence. Vingt-trois énoncés sont proposés aux participants qui doivent y répondre en utilisant une échelle à 5 niveaux (0=jamais à 4=toujours), indiquant la fréquence de leur accord avec l'énoncé. De plus, les sous-échelles offrent une forte consistance interne (alpha de Cronbach respectivement de 0.92, 0.94, 0.81) et une fiabilité test-retest élevée sur une période trois mois (Jónsdóttir, Arnarson, & Smári, 2008; Mendelson et al., 1997; Mendelson, Mendelson, & White, 2001). Certaines modifications soumises aux expertes identifiées précédemment ont aussi été apportées à cet outil pour améliorer l'accessibilité de sens et assurer une cohérence entre les thèmes abordés et la réalité des participants. À cet effet, comme un seul item de la sous-échelle « Attribution » aurait pu être conservé, les autres étant jugés trop abstraits pour être compris par des sujets présentant une DI même légère, il a été décidé que cette sous-échelle serait entièrement retirée du questionnaire aux fins de l'étude.

3.3.1.3. Échelle d'intimidation. Cette troisième variable a été mesurée à l'aide d'un outil élaboré à partir du Questionnaire en ligne au jeune (QELJ) (Institut de la statistique du Québec, 2013), un questionnaire informatisé utilisé dans le cadre de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) lors de la phase 3 de l'étude (participants âgés de 15 ans). Parmi les nombreux sujets abordés par ce questionnaire exhaustif, les thèmes de la victimisation physique, psychologique et celui de la cyberintimidation sont explorés. L'utilisation de certains items du QELJ dans l'élaboration d'un outil portant sur l'intimidation permet d'assurer la clarté des questions et une uniformité dans le style rédactionnel, d'utiliser un niveau

de langage approprié à l'âge des participants, de refléter les réalités en lien avec l'intimidation telles que vécues par les jeunes dans les milieux scolaires en plus de profiter de la crédibilité de cette source ayant servi à établir des estimations représentatives de la population québécoise quant au développement des jeunes.

3.3.2. Entrevue semi-structurée

Une deuxième modalité de cueillette d'information auprès des jeunes, cette fois qualitative, a été intégrée au protocole de recherche. Pour ce faire, lors des séances de passation du questionnaire avec un participant, une entrevue semi-structurée prenant la forme de questions d'approfondissement suite aux réponses émises a été réalisée (voir la grille d'entrevue en annexe B). La méthode d'entrevue a été décrite par deMarrais (2004, p.55) comme « un processus dans lequel un chercheur et un participant s'engagent dans une conversation axée sur des questions reliées à une étude » [traduction libre]. Il s'agit également du mode de collecte de données le plus répandu en recherche qualitative (Merriam, 2009). Le choix du type semi-structuré a été déterminé à la fois par la visée exploratoire de la recherche requérant un certain niveau d'ouverture et de flexibilité dans l'entrevue, ainsi que par le besoin de structure, de clarté et d'accompagnement inhérent au travail de recherche auprès de la population ayant une DI (Julien-Gauthier et al., 2009). L'entrevue visait d'une part l'augmentation de la compréhension des participants grâce à la clarification supplémentaire des items du questionnaire apportée par l'entrevue. D'autre part, cette modalité avait également pour but l'approfondissement et l'élaboration des réponses des participants afin d'obtenir le contenu le plus conforme possible à la réalité vécue et ainsi mieux répondre à l'objectif exploratoire de l'étude. Ce format interactif en double modalité (questionnaire-entrevue) a contribué à l'aspect plus « naturel » de l'échange

et mené à une exploration poussée des expériences personnelles vécues ainsi que de leur contexte. Une autre entrevue a aussi été menée auprès des parents. La technique du récit de vie permettant de parcourir l'histoire d'une personne sur toute la vie ou alors l'histoire plus détaillée d'un aspect de vie (Chase, 2005) a été utilisée afin de récolter des données sur le parcours de chacun des participants. Pour ce faire, une grille d'entrevue a été élaborée afin d'orienter l'entretien, de soulever les thèmes pertinents à la recherche et d'assurer la couverture de toutes les périodes développementales cibles (voir la grille d'entrevue en annexe C). Cette démarche a permis de recueillir un portrait général des jeunes adultes et de leur famille de même que la trajectoire développementale des participants en retraçant les événements de vie ayant pu avoir un impact sur leur estime d'eux-mêmes, leur image corporelle ou l'intimidation vécue. Cette méthode de collecte basée sur une entrevue en profondeur a su générer un contenu complémentaire, et parfois supplémentaire, à ce qui avait été abordé par le jeune lui-même, notamment en ce qui a trait aux variables d'intérêt et aux événements marquants.

3.4. Analyses

3.4.1. Données quantitatives.

Des analyses cliniques des résultats quantitatifs (Fernandez & Catteuw, 2001) ont été effectuées sur la base des informations récoltées à l'aide du questionnaire. Ce type d'analyses correspondant essentiellement à l'analyse qualitative de données quantitatives (Fernandez & Catteuw, 2001) vise à décrire et synthétiser les données pour en offrir une vision claire. Ainsi, les réponses des participants aux instruments quantitatifs ont été colligées et leurs résultats interprétés conformément aux barèmes d'interprétation de ces outils de mesures standardisés.

Ceci nous a permis d'établir les niveaux d'estime de soi, d'estime corporelle et la présence d'un vécu d'intimidation ou non pour chaque participant. Afin de maintenir la nature individuelle des résultats propre à chacun des participants et de respecter l'esprit du devis de recherche, les données obtenues n'ont pas été unifiées par l'utilisation d'une analyse statistique descriptive supplémentaire telle que la moyenne.

3.4.2. *Données qualitatives*

En ce qui a trait à la portion qualitative de l'étude, les enregistrements audios des entrevues ont tout d'abord été transcrits de manière verbatim afin d'obtenir un contenu d'analyse maniable et interprétable. Des notes d'observation d'entrevue portant sur le déroulement général, certaines caractéristiques des participants et leurs réactions non verbales en cours d'entrevue ont aussi été incorporées au matériel d'analyse.

Une analyse de type inductive par catégorisation émergente (Blais & Martineau, 2006; Paillé & Mucchielli, 2012; Thomas, 2006) a été utilisée pour extraire les thèmes principaux du contenu d'entrevue. Cette technique apparaît tout à fait cohérente avec l'objectif exploratoire sans a priori envisagé au départ. La question de recherche a été déterminée à partir des informations disponibles dans la littérature, mais la nature exploratoire de cette étude rendait toutefois important de ne pas tenter de tester des hypothèses prédéterminées concernant l'estime de soi et l'image corporelle. Seules les questions portant sur l'intimidation présentaient une tendance précisée relativement aux rôles de *victime* et de *victime-intimidatrice* plus fréquents chez les jeunes présentant une DI (Farmer et al., 2012).

Un processus de « va-et-vient » continu et dynamique entre les activités de lecture des verbatim, de codification ouverte du contenu relié aux variables d'intérêt, d'extraction des thèmes (codification analytique) (Corbin & Strauss, 2007), de comparaison des thèmes soulevés par chacun des participants, de précision et de restructuration progressive des thèmes avec l'avancement (Denzin, 1994; Merriam, 2009), et un travail inductif d'interprétation et de recherche de sens a été effectué de manière collaborative par l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche. Par cette méthode de triangulation des informations, il a été possible de maintenir l'approche la plus systématique possible dans le travail d'analyse tout en accordant sa place à l'apport personnel des chercheurs par leur interprétation; une contribution essentielle au « process of making meaning » (Merriam, 2009, p.176). En somme, l'analyse ainsi réalisée a permis de dégager certaines tendances présentes chez les participants et de formuler une compréhension plus générale des variables et de leurs interrelations.

CHAPITRE IV
RÉSULTATS ET DISCUSSION

Cette étude a pour objectif d'explorer la présence de liens entre les variables de l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation chez des jeunes présentant une déficience intellectuelle (DI). Par conséquent, les résultats seront présentés en trois temps afin de permettre une distinction claire entre les résultats de ces trois variables. Pour chacune d'elles, les résultats quantitatifs seront d'abord présentés pour ensuite être étoffés par juxtaposition avec les extraits des entrevues réalisées avec les jeunes et leurs parents. De plus, une présentation concomitante des résultats et de leur interprétation est proposée au lecteur afin d'en faciliter la compréhension.

4.1. Estime de soi

Pour tous les participants, les résultats obtenus à l'Échelle d'estime de soi (ÉES) (Vallières & Vallerand, 1990) situent leur estime de soi au niveau de la moyenne ou alors à un niveau supérieur à celle-ci (voir Tableau 3). Ces premiers résultats quantitatifs se rapportant au construit d'estime globale indiquent donc que les quatre jeunes rencontrés rapportent spontanément avoir une bonne estime d'eux-mêmes. En portant une attention plus particulière aux réponses des participants à chacun des items, une unanimité quant à des sentiments élevés de satisfaction personnelle et d'utilité peut être relevée. À l'inverse, l'item abordant la notion de « respect de soi » et celui suggérant une tendance à la dévalorisation (« pas bon ») par une formulation inversée présentent les réponses les moins uniformes entre les participants. Ces divergences plus marquées pourraient être attribuables à des difficultés de compréhension des énoncés et des concepts plus abstraits puisque les patrons de réponses pour la plupart des autres items sont très similaires d'un participant à l'autre.

Tableau 3

Scores des participants à l'Échelle d'estime de soi

Participant	Sexe	Âge	Score total/40	Interprétation Estime de soi [...]	Note
Stéphanie	F	20	37	Forte	Item 8 non répondu
Yukari	F	18	36	Forte	-
Léa	F	23	33	Dans la moyenne	-
Shao Mela	M	18	33,5	Dans la moyenne	Item 3 non répondu

Les résultats généraux dépeignant une bonne estime d'eux-mêmes chez les participants illustrent une tendance contraire à ce qui était suggéré par la recension des écrits. En effet, de nombreuses études nous avaient amenés à formuler l'hypothèse voulant que les jeunes interrogés présentent une faible estime étant donné les écarts notables dans plusieurs domaines (intellectuel, adaptatif, physique) présents chez les individus de cette population. Plusieurs études disponibles dans la littérature soutenaient elles aussi la présence d'une faible estime chez les personnes présentant une DI (Thomson & Mckenzie, 2005; Stager, Chassin, & Young, 1983). D'autres résultats de recherche soutenaient pour leur part des conclusions inverses soulignant que les participants, enfants ou adultes selon l'étude, aient un niveau d'estime élevé ou un concept de soi positif (Huck et al., 2010; Johnson, 2012; Li, Tam, & Man, 2006) ou alors des niveaux d'estime globale et par domaine spécifique similaires à ce qui était observé chez un groupe de jeunes présentant un DT (Nader-Grosbois, 2014; Ntshangase et al., 2008). L'interprétation des données qualitatives sera présentée de manière à cibler les éléments communs soulevés par les participants pouvant expliquer la présence d'un haut niveau d'estime.

4.1.1. Forces personnelles

Les participants reconnaissent avoir de nombreuses forces qu'ils décrivent autant comme des attitudes ou des traits de personnalité que comme des aptitudes dans leurs diverses activités. Ces forces, qui apparaissent comme les points d'ancrage de leur estime de soi élevée, ont été regroupées sous les thèmes de réussite scolaire, qualités personnelles et talents.

4.1.1.1. Réussite scolaire. Une première thématique associée aux forces des participants concerne la réussite dans leurs apprentissages et leur cheminement scolaire. Pour certains, la réussite touche plus particulièrement leur performance dans une matière scolaire, tandis que pour d'autres, le succès dans les stages revêt une plus grande importance. De plus, la réussite scolaire était aussi le premier aspect auquel les participants réfèrent lorsqu'ils sont questionnés sur leurs forces. Le sentiment de fierté se fait aussi plus saillant dans les propos des participants à ce sujet par rapport aux autres forces évoquées. Ces éléments soulèvent l'importance accordée à la réussite scolaire et sa centralité dans leur perception d'eux-mêmes. Lorsqu'on lui demande ce qu'elle réussit bien, Yukari répond : « Mathématiques, euh, français, euh, anglais, euh, éducation physique. Tout le reste! » (Yukari- Y.40). Notons aussi que cette forte identification aux études ou au travail est hautement cohérente avec ce que l'on retrouve dans la population générale nord-américaine.

Il peut toutefois paraître inusité que la réussite scolaire occupe une telle place dans l'estime de soi positive des participants étant donné les limitations intellectuelles et conceptuelles qu'ils présentent. En effet, un lien évident existe entre rendement scolaire et potentiel intellectuel et des échecs sont à même de survenir de la trajectoire scolaire de ces jeunes si le soutien nécessaire

n'est pas apporté. Néanmoins, la corrélation positive entre estime de soi et accomplissement identifiée par Dagnan et Sandhu (1999) chez des personnes présentant une DI soutient aussi l'idée qu'une valorisation personnelle se produit bel et bien à travers la participation et l'accomplissement scolaire des participants. La psychologie de la motivation offre elle aussi une explication plausible à cette importance accordée à l'école. La théorie de la sensibilité (Reiss & Havercamp, 1996; 1998) propose l'existence de différences individuelles quant à l'efficacité motivationnelle de différents motivateurs fondamentaux universels (p.ex. : aide aux autres, nourriture, moralité, etc.) chez chaque individu. Parmi ces motivateurs, 11 buts fondamentaux sont plus particulièrement attribués au profil motivationnel des personnes ayant une DI (Reiss & Havercamp, 1996). La motivation scolaire observée chez les participants pourrait donc être expliquée par leur plus grande sensibilité aux motivations fondamentales de contact social, attention des adultes, curiosité, indépendance et d'aide aux autres qui se présentent davantage dans le contexte scolaire pour eux. Ces attraits pour la socialisation et l'autonomie sont également cohérents avec les qualités de « cordialité » et de « sens de l'initiative » que les jeunes se reconnaissent et qui seront abordées dans la prochaine section.

4.1.1.2. Qualités. Une deuxième thématique abordée par les participants se rapporte aux qualités personnelles qu'ils s'attribuent. Il est intéressant de constater que, dans la plupart des cas, les qualités identifiées par les jeunes étaient les mêmes que celles soulevées par leur parent. Un grand nombre de qualificatifs et d'attributs ont été mentionnés lors des entrevues. Il a toutefois été possible de les catégoriser en deux sous-thématiques englobantes, soit le *sens de l'initiative* et la *cordialité*.

4.1.1.2.1. *Sens de l'initiative.* Cette sous-thématique comprend l'ensemble des attitudes (optimisme, curiosité) et comportements (débrouillardise, ténacité, autonomie) permettant aux jeunes de se mettre en action pour relever les différents défis du quotidien. Les participants démontrent ainsi une capacité à se mobiliser et à s'impliquer dans une vie active comme le décrit la mère de Shao-Mela :

... T'sais on voit qu'il est capable, yé bon, y veut, euh, c'est vraiment le fun là. T'sais c'est vraiment rendu, quand il fonctionne bien là, c'est vraiment rendu une bonne personne moi j'trouve. Yé capable de se débrouiller, il prend le RTC, euh, à l'école ils me disent qu'il est fiable... (Shao Mela-P.229)¹

Même si cette qualité est soulignée pour plusieurs participants, ce sont principalement leurs parents qui y font référence et la valorisent. Cette caractéristique semble ainsi faire l'objet d'une certaine admiration chez les parents qui tentent de l'inculquer autant que possible à leur enfant afin que celui-ci accède à une vie indépendante et enrichissante, comme le partage la mère de Léa :

Mais euh... Mais en gros, j'trouve qu'a se, a l'a essayé plein de choses pareil. Faut la pousser un petit peu, j'pense à... Là est à l'étape de pousser ses limites, a s'assit un petit peu trop sur ce qui... T'sais faut pousser. Au niveau des nouvelles réalisations. A l'a comme beaucoup avancé, réalisé, là faut la pousser un petit peu plus là euh... Ouin! C'est ça comme... On dirait qu'a se contente un petit peu là t'sais... Comme là, va falloir travailler, on est à l'étape de travailler la future vie en appartement. Autonomie. Mais là t'sais, c'est... A cuisine tout ça. Mais c'est de se...va falloir qu'a se lance plus un petit peu là. (Léa-P.450-453)

Il est également possible d'établir un lien entre l'importance que les parents accordent à cette caractéristique et la valorisation répandue de celle-ci dans la société nord-américaine, alors

¹ L'identification des extraits d'entrevue contient d'abord le nom du participant ayant une DI. L'indication « P. » signale qu'il s'agit d'un extrait tiré de l'entrevue du parent du jeune. Le numéro qui suit réfère à la ligne où cet extrait peut être repéré dans la transcription de l'entrevue.

que l'autonomie et la participation active constituent des préalables logiques à la productivité et la performance. Cette tendance des parents peut donc être interprétée comme étant à la fois le résultat d'une influence des valeurs véhiculées dans le milieu sociétal et celui de leur désir naturel à vouloir contribuer au maximum au développement de l'autonomie de leur enfant qui doit évoluer dans la société québécoise actuelle.

4.1.1.2.2. Cordialité. La cordialité constitue une seconde sous-thématique retrouvée parmi les qualités rapportées par et pour tous les participants. Les jeunes adultes rencontrés se dépeignent comme des individus accueillants, respectueux, sensibles et ouverts aux autres. Les attitudes et les actions qu'ils décrivent reflètent un désir de contact humain (Fisher et al., 2012) et la recherche de l'appréciation d'autrui. Ces extraits de Shao Mela et Léa, puis un troisième de la mère de Shao Mela, illustrent bien ces caractéristiques sociales : « Oui. Aimable, serviable, Ah! J'suis très charmant, très attachant. Toutes mes qualités. » (Shao Mela- SM.17)², « ... Ben j' dirais que j'suis une personne gentille, ouverte, euh, qui respecte pas mal les autres. » (Léa- L.59), « ... Ya toujours eu le truc de se faire apprécier des gens. Ya toujours été, un peu comme vous avez pu le remarquer, t'sais qu'il est capable de dire "t'es belle", flatter les gens pour être apprécié... » (Shao Mela-P.26).

Une congruence potentiellement contributive à l'estime de soi s'illustre donc entre les aspirations relationnelles des participants et ce qu'ils perçoivent d'eux-mêmes sur le plan des attributs sociaux. Conformément aux résultats obtenus dans cette étude, Nader-Grosbois (2014) soutient que les jeunes vivant avec une DI accordent plus d'importance à l'acceptation sociale

² Lorsque la lettre précédant le numéro de ligne n'est pas « P. », la ou les lettres indiquées se rapportent au nom fictif du participant ayant une DI. Ceci signale au lecteur qu'il s'agit d'un extrait tiré de l'entrevue du jeune adulte.

que des enfants plus jeunes dont l'âge mental a été jugé équivalent. Ceci souligne donc que le rapport aux relations sociales chez les jeunes adultes vivant avec une DI est plus proche de ce qui est retrouvé chez des adolescents présentant un DT que chez des enfants plus jeunes ayant un niveau de développement intellectuel similaire au leur. À nouveau, ces caractéristiques prosociales étant aussi valorisées par la société, l'inclusion de cette qualité de cordialité au concept de soi des participants a aussi pu contribuer au rehaussement de leur niveau d'estime d'eux-mêmes.

4.1.1.3. Talents. Une troisième thématique s'illustrant dans les entrevues concerne les talents des participants dans différentes activités de loisirs comme les arts, le sport et la technologie. Ces aptitudes se rapportant davantage à un savoir-faire semblent contribuer à leur perception positive d'eux-mêmes, notamment en raison des réussites vécues à travers ces passe-temps. La mère de Yukari décrit ici les talents que sa fille a développés en dessin :

Mais là tu vois, elle a commencé à faire des dessins pis elle fait des dessins de Mangas. Pis c'est beaucoup beaucoup au niveau des visages. Mais c'est magnifique!... Pis les deux côtés sont corrects là t'sais, les deux côtés égaux. (Yukari- P.515)

4.1.2. Limites personnelles

Tel que mentionné en introduction, Baumeister et al. (2003) stipulent que la valence positive ou négative de l'estime de soi d'une personne découlerait de l'ensemble des expériences de vie vécues par celle-ci. Malgré les niveaux d'estime élevés présents chez les participants, des expériences plus difficiles les confrontant à certaines de leurs limites personnelles ont aussi pu affecter négativement leur perception d'eux-mêmes. Quelques-unes de ces limitations ont émergé

plus distinctement des entrevues. Il est aussi à noter que les parents ont davantage souligné ces aspects déficitaires que les jeunes adultes eux-mêmes. Ceci laisse croire que les jeunes pourraient éviter d'aborder ces sujets sensibles afin d'échapper à une vision négative d'eux-mêmes et aux sentiments douloureux associés, tel un mécanisme de déni (Moore & Rubinfine, 1969) permettant la préservation de leur estime. Les limites personnelles évoquées par les participants touchent les rapports sociaux, l'insécurité et les caractéristiques physiologiques.

4.1.2.1. Rapports sociaux. Une première sous-thématique s'inscrivant parmi les limites rapportées concerne les difficultés rencontrées dans les rapports sociaux. L'interprétation des intentions d'autrui, la prise de contact, le développement d'une relation d'amitié ou amoureuse avec une personne et l'ajustement des comportements par rapport au niveau d'intimité dans une relation apparaissent comme des défis importants pour les participants. Dans son étude comparative entre trois groupes aux diagnostics distincts (autisme, déficience auditive, déficience intellectuelle), Girli (2013) identifie le niveau d'habiletés sociales le plus faible chez les personnes vivant avec une DI. D'autres études ont également rapporté de telles difficultés au plan social (Basquill et al., 2004; Jahoda et al., 2006; Luckasson et al., 2002). La mère de Yukari identifie clairement cette limite chez sa fille :

J'pense que là où elle a le plus de difficulté c'est les relations sociales. Ça c'est sa bête noire... Ça c'est vraiment là, le côté le plus, le plus difficile parce que elle a fait pas nécessairement la différence entre "il te dit ça pour te taquiner" ou "il est sérieux quand il te dit ça". (Yukari- P.328-329)

On constate également un écart entre le désir et les efforts sociaux des participants pour entrer en relation (cordialité) et les difficultés qu'ils rencontrent dans l'établissement et la gestion de ces liens interpersonnels. Ce phénomène paradoxal très bien illustré dans le cas du Syndrome

de Williams a été décrit par d'autres auteurs (Fisher, Lough, Griffin, & Lane, 2017; Thurman & Fisher, 2015). Selon le modèle multidimensionnel de l'estime de soi, ce décalage entre l'importance accordée au domaine social et les échecs vécus dans ce domaine influencerait négativement l'estime d'une personne. Dans ce cas, une explication possible à la haute estime des participants concernant leurs aptitudes relationnelles pourrait résider précisément dans ce spectre des lacunes sociales, générant une vision peu réaliste de leur propre niveau d'inclusion et d'acceptation par les autres ainsi que de leurs habiletés sociales réelles. Cette capacité métacognitive plus faible agirait donc ici comme facteur de protection à leur estime.

4.1.2.2. Insécurité. La présence d'un sentiment d'insécurité profond chez les participants s'illustre comme une deuxième sous-thématique parmi les limites personnelles. En effet, un inconfort émotionnel s'apparentant à de l'anxiété est vécu par les participants dans différents contextes. Les participants se retrouvent ainsi confrontés à une détresse qui les amène à limiter leurs démonstrations d'autonomie et leur pleine participation à des activités comme le rapportent les mères de Stéphanie et Yukari :

...Mais on a perdu de l'autonomie. Stéphanie avant ça, moi je pouvais la laisser 2-3 heures ici là. Stéphanie je la laisse pu toute seule... Ouain. En 6^e année là, Stéphanie, moi j'allais faire l'épicerie, je pouvais aller prendre un café ailleurs pis... pas de trouble là. Aujourd'hui Stéphanie reste plus. Elle a pas confiance en elle... Suite au secondaire. (Stéphanie- P.461-463-465)

Feque je dis à Yukari "Eille Yukari! Tu devineras jamais! T'as été choisie ma grande, t'as été choisie pour aller à l'île-aux-Coudres pour un dodo. Ahhhh! Chanceuse! Ah j'aimerais ça y aller moi aussi." Est allée. Mais quand est revenue par exemple, là on l'a payé. Parce que là a l'avait eu peur. A l'avait eu peur qu'ils la laissent là-bas, pis qu'a revienne pas. Pis elle l'a pas dit. Feque est restée avec sa peur, pis était fâchée après nous autres quand est revenue. (Yukari-P.380)

Dans le premier cas, cette limite personnelle découlerait d'une expérience de vie négative alors que dans le second, l'insécurité exprimée prendrait racine dans le trouble d'attachement de la jeune. Il en ressort toutefois que ce sentiment d'insécurité vient à restreindre l'accès des jeunes à certaines expériences positives ayant le potentiel de promouvoir leur développement et leur estime d'eux-mêmes.

4.1.2.3. Caractéristiques physiologiques. Une troisième sous-thématique dégagée des propos des participants concernant leurs limites personnelles relève de leurs caractéristiques physiologiques. En effet, la littérature rapporte que diverses problématiques de santé (malformations physiques, troubles moteurs, déficiences visuelles ou auditives, épilepsie, etc.) sont plus souvent observées en concomitance avec la DI (Tassé & Morin, 2003; Martin, 2012; Juhel, 2012). Ces conditions de santé de même que les implications astreignantes qui en découlent (suivis médicaux fréquents au long cours, interventions chirurgicales, prise de médication, effets secondaires pharmacologiques, etc.) s'inscrivent comme un troisième type de limitations pouvant avoir un impact négatif sur l'estime de soi. Ce serait davantage par l'intermédiaire des effets indirects de la maladie que l'estime de soi se retrouverait affectée. Parmi les effets rapportés par les participants figurent a) la perception d'un écart par rapport aux caractéristiques physiques des personnes ne présentant pas de problématique de santé et relativement aux critères de beauté physique et de perfection de la société nord-américaine, b) les souffrances physiques reliées à la condition médicale qui réduisent le niveau de bien-être ou c) les réactions désagréables ou blessantes d'autres personnes face aux aspects apparents d'une condition médicale. La mère de Léa décrit ici les différents enjeux reliés aux malformations intestinales de sa fille :

Mais elle, y reste en S, donc ça bloque tout le temps. Donc quand ils lui faisaient prendre des fibres, y'a mettaient en danger, parce que des fibres quand que ça reste bloqué dans l'intestin ça vient comme de la roche. [En cognant sur la table] C'est pour ça les cris, les hurlements, pis les soirées à l'hôpital pour aller la faire vider pis euh...Ç'a été l'enfer jusqu'à ses 8 ans. (Léa-P.70-71)

Cet extrait fait état des difficultés alimentaires importantes qui peuvent être présentes chez les personnes ayant une DI ou chez celles présentant des déficiences multiples. La littérature actuelle indique que des déficits au niveau de la mastication, de la déglutition et de la digestion peuvent notamment entraîner une diminution de l'apport alimentaire, une augmentation du temps nécessaire pour manger, des vomissements fréquents, une irritation de l'œsophage et de la constipation, selon les cas (Juhel, 2012). Ce même auteur précise que ces difficultés particulières au processus alimentaire constituent une source de malaise et de souffrance importante chez les personnes qui les vivent, et ce, même si elles ne l'expriment que très rarement.

Ouin! La culotte, moi c'est arrivé à un moment donné, j'pense je te l'avais conté là, a pleurait, a voulait pas retourner, a disait qu'a l'avait mal au ventre pis euh... Pis finalement, c'est parce qu'a se faisait écoeurer là. T'sais une "pull-up" ça dépasse des fois du linge. Fallait faire attention à des gilets assez grands ou euh... Pis, t'sais, pis a, des fois ben ça devait sentir, a l'avait beaucoup de gaz. À cause de ses intestins, feque ça a s'est fait écoeurer euh... Ouin, des jeunes à l'école là, euh, y'a traitait "Plein de caca! Bébé plein de caca aux couches", t'sais euh... (Léa-P.364-365)

Dans le contexte des attitudes dénigrantes auxquelles Léa est confrontée, les maux de ventre qu'elle rapporte à sa mère semblent davantage correspondre à des symptômes psychosomatiques reliés à la situation d'intimidation vécue par rapport à sa condition médicale. En effet, les écrits scientifiques indiquent que parmi ce type de symptômes figurent les maux de tête, les problèmes de sommeil, les douleurs abdominales, un faible appétit et l'énurésie (Fekkes, Pijpers, & Verloove-Vanhorick, 2004).

Selon leurs parents, Stéphanie et Shao Mela ont eux aussi dû faire face aux difficultés associées à des problèmes de santé affectant leur perception d'eux-mêmes : « Et Stéphanie, une journée, euh, est arrivée a discutait avec moi pis a me dit “Pourquoi moi maman je suis pas capable de sauter comme les autres enfants?” » (Stéphanie- P.137), « Y’a fait otite par-dessus otite par-dessus otite. Y’a été opéré pour avoir des bouchons à deux reprises au moins. Y’a toujours été suivi là, ça a toujours été le point faible de Shao Mela... » (Shao Mela- P.24)

4.1.3. Comparaison sociale

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la comparaison sociale comme facteur influençant l'estime des personnes ayant une DI (Dagnan & Sandhu, 1999; Paterson, McKenzie, & Lindsay, 2012; Szivos-Bach, 1993). D'emblée, il était attendu que la comparaison avec des individus ne présentant pas de limitations intellectuelles allait affecter négativement l'estime de soi des participants. Pour le vérifier, plusieurs items de l'instrument de mesure de l'estime de soi introduisaient directement l'idée d'une comparaison sociale. Les résultats obtenus révèlent une réalité aux accents plus positifs que ce qui était envisagé au départ.

4.1.3.1. Vision globale de soi. Une première sous-thématique émergeant des propos comparatifs des participants dévoile une vision nuancée de soi, incluant à la fois la reconnaissance de leurs forces et de leurs limites par les participants. Des notions de recherche de « normativité » dans leurs activités et de conscience de leur différence ont aussi été évoquées par ces derniers sans toutefois qu'ils abaissent leur propre valeur en dessous de celle d'autrui. Le sentiment d'égalité et l'affirmation de sa valeur constituent les éléments principaux rapportés par les participants lorsque la question des comparaisons avec les autres a été abordée. La vision

d'elle-même entretenue par Léa illustre bien cet équilibre entre le respect de soi qu'elle ressent et les différences qu'elle se reconnaît :

Mmmh... Ben, c'est sur que, je peux pas dire que je suis aussi bonne que les autres puisque j'ai certaines difficultés... j'ai certaines qualités que les autres ont pas. Pis que j'ai aussi, euh, disons euh, certaines difficultés que les autres ont pas non plus. Pis que, j'suis pas comme les autres. (Léa- L.13 et 16)

4.1.3.2. Perception négative de la comparaison. Malgré l'acceptation de leurs différences et l'intégration de celles-ci à une vision globale positive d'eux-mêmes, un inconfort notable a pu être observé chez les jeunes adultes par rapport au concept même de la comparaison aux autres. La récurrence de l'expression d'un malaise associé à cette prise de position comparative parmi les participants justifie l'ajout d'une sous-thématique distincte. Cette caractéristique particulière n'est cependant pas dépeinte dans la littérature consultée. Dans ce court passage, Stéphanie indique très clairement son opinion par rapport au fait de se comparer aux autres : « À personne... Non. Parce que c'est méchant. » (Stéphanie-S.15, S.17). Dans la même veine, Shao Mela demande à l'intervieweuse : « Euh, est-ce que c'est menaçant si on dit "Je suis aussi bon que les autres". Est-ce que c'est menaçant? » (Shao Mela-S.68). Le refus de comparaison et le tabou qui semble l'entourer peuvent donc être compris comme des mesures de protection cultivées par les jeunes ayant une DI contre la dévalorisation imposée par l'environnement. En effet, comme la société place davantage l'accent sur les limites et l'écart les séparant de la norme, la comparaison sociale devient alors un outil puissant de dévalorisation plaçant uniquement en lumière le manque à gagner. Certaines marques de ce statut « moindre » accordé aux personnes de cette population au sein de la société peuvent notamment être reconnues dans le faible taux d'emploi qu'ils occupent par rapport à la population générale (Lysaght, Jan Šiška, & Oliver Koenig, 2015). Il est aussi probable que cette disposition de non-comparaison ait, au départ, été

soutenue par les familles dans un objectif de construction et de préservation de l'estime positive de leur jeune. Deux études citées précédemment soulèvent respectivement la contribution de la comparaison sociale sur deux dimensions relationnelles (attraction sociale et appartenance à un groupe) au niveau plus élevé de dépression (Dagnan & Sandhu, 1999) et à une faible estime de soi (Paterson et al., 2012) chez des participants présentant une DI. Il devient alors vraisemblable que ce refus de comparaison préserve le haut niveau d'estime retrouvé chez les participants.

4.1.4. Influences de l'environnement

L'ensemble des sous-thématiques abordées précédemment peut être analysé comme des facteurs personnels influençant la perception positive ou négative de soi. Tel qu'évoqué précédemment, il apparaît aussi que des facteurs environnementaux puissent à leur tour avoir une incidence sur l'estime de soi d'une personne à travers les diverses expériences vécues (Baumeister et al., 2003; Dorard et al., 2013).

4.1.4.1. Corrélats positifs. Ce sont principalement les parents qui établissent un lien entre certaines expériences positives de leur jeune et l'estime de soi développée. Dans une perspective écosystémique, ces expériences prennent place au sein de la famille et à l'école, et sont vécues en interaction avec des adultes (en position d'autorité) ou avec leurs pairs.

4.1.4.1.1. Soutien de la famille. Cette sous-thématique se rapporte aux efforts quotidiens de soutien à l'estime déployés par les familles. Les encouragements constants et la pleine reconnaissance reçue par les jeunes adultes constituent une pierre angulaire de l'établissement de leur estime. La mère de Léa rapporte l'attitude encourageante et positive qu'elle transmet à sa fille :

Ben...Positif euh, c'est sûr qu'ici on est des gens positifs. Feque ça c'est peut-être un élément aussi, son entourage on, on est des gens qui encouragent beaucoup. Feque...On la tire vers le haut le plus possible. Feque ça c'est sur que c'est gagnant pour elle. Le reste ben c'est sa part à elle de le faire pis de se noliser pis de, de se lancer là euh... Pour encore en faire plus. (Léa- P.596)

À ce soutien renforçant s'ajoutent les bienfaits d'un contexte familial normalisant où aucune limite n'est placée d'emblée quant aux possibilités s'offrant au jeune. Ce facteur contribue aussi fort possiblement à l'épanouissement des jeunes adultes qui sont respectés et encouragés à se dépasser. La mère de Shao Mela explique de quelle façon chacun occupe une place unique dans sa famille, indifféremment de ses particularités :

Moi chez nous ça existait pas le mot "handicapé". Quand que mes enfants, c'était deux enfants pis euh, comme deux enfants normal...Exactement, Shao Mela c'est Shao Mela, pis t'sais Sophie-Anne c'est Sophie-Anne là. Y'avait pas de différence là...dans c'te contexte-là, Shao Mela a toujours vécu comme "normal" entre guillemets, t'sais. (Shao Mela-P.286-288)

Enfin, la force du soutien apporté se reflète également dans les récits des nombreuses démarches combattives menées par les parents pour un accès égal de leur enfant aux services. Cet extrait restituant un échange houleux entre la mère de Stéphanie et une enseignante illustre l'énergie avec laquelle les parents défendent les droits de leur jeune :

Ouais. La 3^e année, euh, le prof la voulait vraiment pas dans sa classe... Le prof a carrément dit "Comment ça se fait tu gardes pas cet enfant-là chez vous? " J'ai dit "Pourquoi", j'ai dit "qu'est-ce qu'elle a mon enfant...avec les autres? C'est quoi qu'y a de différent tant que ça?" A dit "C'est une enfant handicapée, pis a dit, a devrait rester chez vous." J'ai dit "Ah", j'ai dit "tu penses qu'a devrait rester chez nous, c'est qu'est-ce que tu veux dire par là? " J'ai dit "Tu dis que ma fille a l'a pas le droit à l'école parce que est handicapée. " Pis a m'a dit carrément, a dit "Ben a devrait avoir un prof a maison. Pis que a reste a maison. " J'ai dit "Ok, tu travailles quoi le social, comment tu le travailles à maison ton social? " Feque là, c'est sur je me suis fâchée. Pis j'ai dit "Toi, pour toi, un enfant

handicapé ça devrait rester dans un garde-robe pis pas sortir? ” Mais j’ai dit “Tu te trompes. Ma fille a va rester dans la société”, pis j’ai dit, “C’est toi qui vas changer. C’est pas ma fille. ” (Stéphanie-P.162)

4.1.4.1.2. Soutien des intervenants scolaires. Les entrevues réalisées permettent d’identifier les intervenants scolaires comme des acteurs importants pouvant grandement contribuer au bien-être et au concept positif de soi des participants. En effet, il a été constaté que lorsqu’une attitude authentique de considération sous-tend les interventions réalisées, ceci semble contribuer à un meilleur fonctionnement général à l’école et à une meilleure progression sur le plan des apprentissages. De plus, la démonstration de cette attitude inclusive aurait également entraîné une intégration plus générale au milieu, tant auprès des pairs que parmi l’équipe-école. Compte tenu de l’importance accordée par les participants à leur cheminement scolaire et aux contacts sociaux, il devient pertinent d’avancer que le soutien positif des intervenants de ce milieu obligatoire, mais valorisé et valorisant, agirait comme un facteur d’influence sur leur perception d’eux-mêmes. Cet extrait issu de l’entrevue de la mère de Stéphanie illustre bien les impacts notables du travail d’une enseignante auprès de sa fille :

Ah oui. On le voit. Puis, euh, quand qu’était en 2^e année... pis ça paraît aussi les intervenants. Quand qu’a commencé la 2^e année, elle a eu une prof qui était très très collaboratrice. Pis qui croyait vraiment en Stéphanie, pis ça ça a fait une différence. Donc a prenait Stéphanie pour les examens à part. Euh, puis, euh on a vu vraiment l’amélioration des... au niveau pédagogique. Pis elle a l’avait travaillé avec les enfants aussi... C’est une... avant d’aller prof était... orthopédagogue... ça paraissait. Les connaissances, ça paraissait là. Et euh, elle a l’a travaillé aussi avec la classe au niveau de l’acceptation d’un enfant handicapé dans la classe. A l’a travaillé sur l’estime, pis a travaillé tout ça. Ça on l’a vu. La deuxième année là, ç’a été une excellente année. On a vu le potentiel de Stéphanie monter aussi. (Stéphanie- P.158-159)

Pour d’autres participants, ce sont plutôt les intervenants d’autres milieux (p.ex. : camp de jour) qui sont désignés comme ayant eu un impact positif sur le développement du jeune. Il

demeure toutefois saisissant de constater que l'effet inverse peut aussi se produire. Cette question sera abordée dans la présentation des résultats liés à l'intimidation.

4.1.4.1.3. Expériences sociales positives. Une troisième sous-thématique se rapporte aux expériences sociales positives vécues par les participants. Des contacts enrichissants avec des pairs sont décrits par les parents comme étant des facteurs ayant rehaussé l'estime des jeunes. Cet effet élevant pourrait être attribuable à l'aspect normalisant que revêt le fait de développer une relation interpersonnelle avec une personne de son groupe d'âge dans un élan naturel. Le lien avec l'estime de soi peut aussi être compris à travers la lunette de la réussite alors que l'établissement et le maintien de relations sociales représentent un défi particulier pour ces jeunes qui, de surcroit, y accordent une grande importance. La mère de Stéphanie rapporte l'impact positif qu'a eu la relation amoureuse de sa fille avec un garçon de sa classe :

Qu'elle était bien. Elle était bien, pis là je disais "Ben qu'est-ce que tu fais avec ton chum, t'sais? Vous promenez-vous main dans la main?" A dit "Quand que j'm'en vais dans mon taxi pis que lui y s'en va dans son taxi y me serre dans ses bras." Pis là on rit. On dit "Il te donne tu un bec?" A dit "Oui, il me donne un bec sa joue." C'était mignon. Mais on sentait qu'était fière de ça là. On le sentait vraiment. (Stéphanie - P.270)

4.1.4.2. Corrélats négatifs. D'autres facteurs externes ayant pu avoir un impact négatif sur le niveau d'estime de soi des participants ont été dégagés des entrevues. Pour le premier facteur, l'effet négatif s'exprime indirectement par le biais des caractéristiques personnelles internalisées (insécurité) pouvant découler des premières expériences de vie délétères. Pour le second, l'effet négatif sur l'estime provient d'expérience d'échecs.

4.1.4.2.1. Histoire développementale dommageable. Pour deux des participants, le contexte développemental déficitaire (faible niveau de stimulation et soins insuffisants reçus) pendant la petite enfance est identifié comme l'une des causes des difficultés physiques, émotionnelles (anxiété, attachement) et intellectuelles (DI) retrouvées. À ce sujet, les profils de diagnostics multiples des participants illustrent bien la prévalence élevée de comorbidités psychiatriques chez la population des personnes vivant avec une DI (APA, 2013; Dosen & Day, 2001; Whitaker & Read, 2006). Ainsi, ce facteur environnemental peut être analysé comme l'une des premières sources d'influence de l'estime de soi des participants, en termes chronologiques, puisque de cette trajectoire développementale non optimale découlent des difficultés qui les affectent aujourd'hui au quotidien. L'insécurité marquée vécue par certains participants ou les limitations physiques les distinguant de la norme en sont deux exemples. Cet extrait fait état du cas de Stéphanie qui présentait des retards développementaux substantiels au moment de son adoption :

Stéphanie a été adoptée à 17 mois, elle n'avait aucun muscle de développé donc elle ne marchait pas, elle avait des culottes, ben, une couche. Ça a pris vraiment, euh, plus tard pour qu'a devienne continente. Après ça, elle ne parlait pas. Ben a parlait chinois là, mais a parlait presque pas. Feque, le, c'était pas comme développé tous les muscles. Quand on est arrivé ici, on a vu immédiatement, à peu près dans les quelques jours après on a vu tout de suite le pédiatre qui a fait des prélèvements pis il a fait une culture de selles, pis là elle avait des giardias, ça c'est un parasite qui empêche le développement de l'enfant... Feque t'sais tu vois que c'est pas un enfant qui a été stimulé. (Stéphanie- P.21 et P.39)

4.1.4.2.2. Expériences d'échec. Il est reconnu depuis aussi longtemps que James au 19^e siècle que les expériences d'échec constituent des éléments pouvant influencer négativement l'estime de soi d'un individu (Harter, 1999). Cet aspect figure lui aussi au portrait des évènements de vie ayant pu modifier l'estime des participants. La mère de Léa identifie l'échec d'un stage comme une expérience très difficile qui a fortement ébranlé la confiance de sa fille et ayant eu des répercussions sur sa perception d'elle-même et de ses capacités :

Ya... A l'a eu de la misère à...au niveau de stages. Ya une fois là, son stage a l'a vécu ça comme des échecs là...Mais ça ç'a été une année plus difficile là, au niveau du travail a se fait peut-être moins confiance. A dit "Ahhh, ben moi travailler...tu le sais... j'ai mal aux jambes, pas capable de rester debout, j'peux pas..." (Léa- P.353 et P.361)

De son côté, Shao Mela vit très difficilement le fait de ne pas avoir d'amoureuse. Sa mère décrit ici les impacts qu'elle croit que cette situation a sur l'estime de son fils :

Ben pour son estime, j'pense. T'sais j'essaye juste de me dire "Ah, ok ça, ça se peut tu?" Le fait de pas être capable de se faire une blonde...C'est vraiment emmerdant. Pis je pense que, à limite il me dit pas ben "j'pas bon". Mais il me dit "Mais comment ça, t'sais. Comment ça moi j'ai pas de blonde? Comment ça qu'il y a personne qui veut de moi?" (Shao Mela- P.281)

L'analyse des résultats portant sur l'estime de soi a permis de mieux cerner les facteurs environnementaux influençant positivement et négativement l'estime des jeunes ainsi que de dresser un portrait de leur perception d'eux-mêmes conformément aux forces et aux faiblesses qu'ils présentent. Il a aussi été possible de mieux saisir les stratégies mises en place par ces derniers pour faire face au phénomène de comparaison sociale. En somme, les résultats quantitatifs révèlent que l'estime globale des participants en ressort comme positive à la conjonction des différents facteurs internes et externes. Une seconde zone à examiner se rapporte plus précisément à l'image corporelle qui constitue un domaine majeur de l'estime globale (Mendelson et al., 2000), et ce, de manière encore plus prononcée dans le contexte de la société nord-américaine où les critères de beauté et de minceur induisent une pression très importante sur les individus. La prochaine section présentera ainsi, dans une structure similaire à la précédente, les résultats quantitatifs obtenus suivis des résultats qualitatifs recueillis auprès des participants et de la discussion qui s'y rapporte concernant la variable de l'image corporelle.

4.2. Image corporelle

D'une manière similaire à ce qui a été démontré pour le concept d'estime de soi, les scores colligés pour les quatre participants au BESAA indiquent que ceux-ci ont une forte estime corporelle. Les résultats obtenus aux deux sous-échelles se situent en effet au niveau de la moyenne normée ou au-dessus de celle-ci (voir Tableau 4). Les patrons de réponses des participants sont cependant plus hétérogènes que ce qui avait été observé à la mesure d'estime de soi globale.

Tableau 4

Scores des participants à l'Échelle d'estime corporelle

Participant	Sexe	Âge	Sous-échelle	Score	Interprétation Estime corporelle... quant à la dimension	Note
Yukari	F	18	AP.	32,5	Forte	
			P.	20,5	Forte	
Stéphanie	F	20	AP.	32	Forte	
			P.	26	Forte	
Léa	F	23	AP.	28	Forte	
			P.	16	Moyenne	
Shao Mela	M	18	AP.	26	Moyenne (Faible)	
			P.	24	Forte	

Note. AP=Apparence (score/40); P=Poids (score/28)

Cette tendance à l'autoévaluation positive de son corps est inverse à ce qui était attendu au départ. Suite à l'exploration de la littérature sur ce thème, il avait été conclu que plusieurs caractéristiques présentes ou surreprésentées chez la population à l'étude (changements physiques associés à la puberté, prévalence élevée d'obésité et possible présence de caractéristiques physiques hors-normes, diminution de la valeur physique perçue au cours de

l'adolescence) étaient à même d'affecter négativement l'image corporelle de ces personnes, et ce, de la même manière que lorsqu'elles sont retrouvées chez des individus ayant un DT. Une diminution de la valeur physique perçue au cours de l'adolescence chez un échantillon de jeunes ayant une DI a notamment été soulignée dans l'étude de Bégarie et al. (2011). Outre ces derniers travaux, la majorité des études consultées en lien avec l'image corporelle chez la population présentant une DI s'attarde plus spécifiquement à la problématique de l'obésité. Ces études soulignent soit la tendance à une estimation inadéquate de leur apparence corporelle ou alors la présence de sentiments négatifs à l'égard de leur corps chez des participants vivant avec cette double condition (Ayaso-Maneiro, Dominguez-Prado & Garcia-Soidan, 2014; Bégarie et al., 2011; Rubbert et al., 2012).

Seules deux études décrivent des résultats qui concordent avec ce qui a été retrouvé chez les participants du présent projet. Dans la première étude, les participants sondés ont rapporté être assez satisfaits de leur corps, se sentir à l'aise avec celui-ci et être confiants quant à leurs habiletés physiques, et ce, en dépit de la condition de surpoids de 45,6% d'entre eux, dont certains estimés obèses (Mikulovic et al. 2014). De la même manière, lorsqu'interrogées au sujet de la perception de leur corps relativement à leur conception du corps idéal/désiré, les participantes âgées de 17 et 20 ans de la seconde recherche se disaient elles aussi satisfaites de leur apparence physique (Peuravaara, 2013). Les données qualitatives recueillies pour notre projet permettent d'apporter de plus amples explications aux résultats obtenus qui dépeignent l'image corporelle positive des participants grâce, entre autres, au peu d'attention qu'ils y accordent.

4.2.1. Faible préoccupation pour l'apparence

Une première thématique d'intérêt concerne la faible préoccupation des participants pour leur apparence. L'analyse des verbatim d'entrevues a en effet permis de dégager une position de neutralité et de détachement par rapport à leur corps. Ces extraits des entrevues de Yukari et Léa illustrent cette faible préoccupation: « Ben, pff, j'pense jamais à ça. C'est pas quelque chose que je me préoccupe autant là. » (Yukari-Y.152), « Le poids, l'apparence, c'est pas tellement... je reste neutre envers mon corps. » (Léa-L.157). Il apparaît aussi que les participants choisissent d'accepter leur corps tel qu'il est, sans accorder de considération particulière à leur image : « Ok... J'men fou de ça, euh, j'pas plus, comment dire, ben j'pas plus belle que les autres, j'accepte comme j'suis... » (Yukari-Y.145), « ... C'est : on aime comme qu'on est. » (Stéphanie-S.137). Les propos des trois jeunes femmes interrogées convergent dans ce sens et montrent que l'aspect physique occupe pour elles une place secondaire, voire négligeable. Ce qu'elles rapportent est également appuyé par les observations de leurs parents comme le mentionne la mère de Yukari : « Son corps, les seins, euh, non. Non. Les seins, les fesses, elle s'en fout. » (Yukari-P.528). De prime abord, cette faible préoccupation apparaît moins compatible avec l'estime corporelle positive des participants révélée par le BESAA. En observant l'instrument de plus près, nous constatons toutefois qu'il contient des énoncés reflétant davantage une acceptation neutre (« je suis satisfaite de mon poids », « je suis assez heureux (se) de mon apparence ») qu'un désir d'exposition ou une recherche de valorisation de son corps considéré comme beau ou remarquable. Le construit d'image corporelle, dans sa valence positive, pourrait donc plutôt représenter ici une aisance liée à une absence de soucis par rapport à son corps et s'accorderait avec un fonctionnement quotidien plus détaché de son apparence. Cette faible préoccupation pour le corps peut également être comprise, à l'inverse, comme une stratégie de

protection de l'estime corporelle. En effet, il est possible de croire que par ce mécanisme adaptatif les participantes tentent de pallier l'image négative d'elles-mêmes que l'environnement et les individus leur renvoient. L'hypothèse d'un tel mécanisme rejoint ce que proposent certains auteurs au sujet des phénomènes de survalorisation du sentiment de compétence (Huck et al., 2010; Ninot, Bilar, Delignières, & Sokolowski, 2000) et du biais positif illusoire (Heath & Glen, 2005; Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza, & Kaiser, 2007; Salaun, Reynes & Berthouse-Aranda, 2014) dans les différents domaines de l'estime de soi, notamment corporel chez des populations plus vulnérables.

Une seule exception s'imisce en ce qui concerne Shao Mela, par ailleurs le seul jeune homme de notre échantillon. Ce dernier accorde plus d'importance à son image ce qui s'explique peut-être par son désir de plaire aux jeunes femmes : « Y r'garde mon corps en disant, y'a des personnes y dit "Mon Dieu, as-tu vu un peu ce beau gars-là. Vraiment charmant, attachant, euh vraiment attiré vers des belles filles sexy avec une belle poitrine." » (Shao Mela-SM.146). Son corps et son apparence deviennent alors des moyens de séduction sur lesquels il investit plus d'attention et d'efforts comme le rapporte sa mère : «...C'est "Je vais prendre des photos." Y se trouve beau là. Y s'est fait pousser la barbe pour le *Movember*, pis euh... » (Shao Mela-P.276). Ce dernier cas de figure suggère finalement une démarcation entre la forme que prend une image corporelle positive lorsque conjugée à un intérêt pour les rencontres amoureuses (considération pour son corps, soins qui y sont portés dans le but d'être attrayant pour les autres) ou en l'absence d'un tel intérêt (acceptation et faible préoccupation pour son corps et son apparence). Cet extrait de l'entrevue de Léa illustre cette seconde possibilité : « ...Mais t'sais je changerai pas d'apparence pour une autre personne pour qui me trouve jolie. » (Léa-L.153).

4.2.2. Inconfort lié à l'image corporelle

De manière très contradictoire aux données soutenant une forte estime corporelle et une faible préoccupation pour l'apparence chez les participants, une deuxième thématique se rapportant à un inconfort ressenti par rapport à leur image corporelle a aussi été mise en évidence dans le contexte des entretiens. Un sentiment de malaise relié au corps se dégage de certains propos ainsi que de certaines réactions d'évitement observées chez les jeunes femmes pendant notre entretien: « J'aime pas trop me voir en photo. » (Léa-L.106), « Non ben c'est parce que, je me regarde jamais. C'pour ça. » (Yukari-Y.112), « Oui, pas besoin de plus d'explication parce que... j'ai pas vraiment le goût d'en parler. » (Léa-L.118). Les sentiments négatifs (honte, malaise) qui se dégagent de ces propos et réactions renvoient à une plus grande fragilité de l'estime corporelle des participantes comparativement à leur estime globale. Ce résultat soutient ainsi la perspective voulant que la faible préoccupation rapportée par les trois participantes concernant leur corps constitue un mécanisme de protection et non une indifférence assumée. Cette conclusion s'appuie sur le fait que la faible préoccupation affichée cohabite de manière inconsistante avec des émotions désagréables à l'égard de son propre corps.

À leur tour, les parents des participantes soulignent des situations précises qui, selon eux, génèrent un malaise chez leurs jeunes par rapport à leur corps. Les entretiens de la mère de Léa et certaines interventions de son beau-père sont particulièrement éloquentes à ce sujet : « Les problématiques que j'avais senties là, sa gêne c'est quand a l'a été en culotte d'incontinence jusqu'à l'âge de 17 ans. Ça ça la préoccupait pis ça la gêne. » (Léa- P.336), « A l'aime pas se regarder dans le miroir. » (Léa- BP.2). Comme ces éléments n'ont pas été mentionnés par la jeune en entrevue, il est possible de se questionner à savoir si ce ne serait pas plutôt les parents

qui portent ici un regard critique sur l'apparence de leur enfant et qui vivent eux-mêmes un certain inconfort. Sur la base de cette prémisse, il peut être avancé que les jeunes perçoivent chez leurs parents et dans le regard des autres cette insatisfaction quant à leur apparence et qu'une transmission involontaire de ces sentiments parvienne à ébranler leur image corporelle, et ce, en dépit des efforts de ces jeunes adultes pour maintenir une estime corporelle positive d'eux-mêmes. Conformément à cette hypothèse, il apparaît aussi logique que le soutien et les encouragements des parents en ce qui a trait à l'apparence de leur jeune se fassent moins présents que dans d'autres domaines, ce qui pourrait influencer d'autant plus l'image corporelle des jeunes.

4.2.3. Contrôle de l'image corporelle exercé par les parents.

Le thème des modifications corporelles a été abordé dans le cadre de la passation du questionnaire (p.ex. : « Si je pouvais, je changerais beaucoup de choses de mon apparence ») et des entrevues. Une troisième thématique associée à l'image corporelle a ainsi pu émerger des réponses des participants au sujet de leurs aspirations concernant leur corps. Les résultats obtenus montrent que les parents détiennent une autorité certaine sur leur jeune quant aux changements qu'il ou qu'elle pourrait apporter à son apparence, qu'il s'agisse d'une modification majeure ou d'un changement plus mineur, et ce, malgré l'âge de la majorité atteint par tous les participants rencontrés. Un premier extrait tiré de l'entrevue de Yukari, qui souhaiterait changer la couleur de ses cheveux et de ses yeux, comme le font d'ailleurs tant de jeunes femmes de son âge à l'aide de produits esthétiques, illustre bien le poids décisionnel qu'a le parent relativement à l'apparence de son jeune: « Ouais, ça, j'trouve ça plus beau. Ma mère me dit toujours ben là c'est "in-réalisable" là. Mais c'ta cause de ça là. J'aurais voulu changer ça là. » (Yukari-Y.130). Pour

Stéphanie, l'envie d'effectuer des modifications corporelles semble aussi présente, mais ces changements lui apparaissent hors de portée malgré ses 20 ans: « Un peu, mais c'est plus tard... quand je vais être plus grande. » (Stéphanie-S.117). Des modifications corporelles plus sérieuses sont également abordées par deux des participants. De son côté, Shao Mela souhaiterait subir une chirurgie maxillo-faciale qui modifierait la physionomie de son visage : « Ah oui, oui! Une chose. Ici. La mâchoire. Je veux qu'on la recule. » (Shao Mela-SM.182). Les explications de la mère du jeune nous permettent de mieux saisir la compréhension qu'a Shao Mela des retombées de cette procédure : « ... Pour lui, si y se faisait casser la mâchoire, c'est comme si y'était pu trisomique. » (Shao Mela-P.282) Le jeune présente en effet des traits faciaux identifiables qui révèlent la présence d'une trisomie 21. Le raisonnement de Shao Mela au sujet de cette chirurgie suggère donc qu'il a bel et bien conscience de son apparence et du fait que celle-ci l'associe à la trisomie 21. Par conséquent, le souhait du jeune de réaliser une modification corporelle vise principalement le caractère identifiable de son diagnostic. Un deuxième extrait relie aussi ce désir de se soustraire à cette apparence identifiable à la question amoureuse. Lorsqu'il lui est demandé ce que cette modification aurait comme impact dans sa vie, Shao Mela répond ainsi: « Ravoir une bonne posture. ... Une bonne posture, une belle posture pour embrasser ma, mon amoureuse. » (Shao Mela-SM.186) La réalisation de cette intervention est toutefois placée en suspens par la mère de Shao Mela pour des raisons financières et les implications médicales associées :

Pis à un moment donné on en a parlé, on est allés chez le, le dentiste. Pis là j'avais dit "À un moment donné faudrait tu fasses reculer ta mâchoire...Un jour t'auras peut-être une opération. T'auras peut-être quelque chose." Lui ce qu'il voudrait c'est de faire casser la mâchoire. Là je dis "Attends un peu, c'est pas là pis ça coûte des piasses, pis toute la patente là." J'dis "J'peux pas arriver avec ça." (Shao Mela-P.282)

En ce qui concerne la quatrième participante, la question des modifications corporelles se rapporte davantage à une perte de poids qui paraît plus préoccupante pour sa mère que pour elle-même. Le parent semble ici prendre les devants pour induire un changement physique qui n'est pas désiré par la jeune. À nouveau, l'hypothèse d'une préoccupation plus grande des parents quant à l'apparence de leur enfant peut être soulevée. Certains extraits présentés dans le Tableau 5 qui suit permettent d'identifier que la mère et le beau-père de la jeune ont une vision plus négative que Léa de son propre corps et qu'une perte de poids serait souhaitée:

Tableau 5

Extraits comparés entre Léa et sa mère concernant le poids

Mère	Léa
« Est grasse, mais ça les trisomiques sont, sont grasses, mais y'a pas rien que la trisomie. La famille on est toute gras... » (Léa- P.78)	« Mon poids si j'ai le goût de le changer, je le changerai si je veux. » (Léa-L.153).
« ... Feque c'est plus dur de la mettre en action là-dessus. A l'aime manger... Ouais... pis quand j'y en parle a veut pas n'entendre parler pis euh... » (Léa-P.587 et 589)	
« A va mettre un gilet a va dire : "Ahhh, j'suis belle!" A le trouve beau, pis t'sais t'as regarde, c'est sur que comparé à une tite poupounne, t'sais, notre, nous autres quand qu'on... On a pas les mêmes regards. Elle a va se voir avec un beau gilet. L'autre, l'autre jeune va se voir avec un beau gilet mais des bourrelets en dessous, pis ci pis ça. Mais elle a voit pas ça. » (Léa- P.339)	« J'aimerais pas ça. Je veux pas devenir une autre personne. Je veux devenir, moi. Je veux rester moi. Je veux pas devenir une autre personne. C'est pas mon objectif. » (Léa-L.125) »
« Non, a néglige un petit peu son apparence parce qu'a dit : "Ahhh! De toute façon..." J'ai l'impression. » (Léa- BP.3)	

Ces perceptions plus négatives porteuses d'un désir de changement corporel et d'un certain jugement sur l'apparence ont aussi le potentiel d'influencer l'image corporelle de la jeune. À cet effet, certains auteurs soutiennent que l'image corporelle de leurs parents (Ebara, 2011) et la perception que ces derniers entretiennent à l'égard du corps de leur jeune doivent aussi être prises en compte dans l'étude de l'image corporelle des jeunes étant donné leurs impacts sur celle-ci (Yoshioka & Takeda, 2012). Ces insatisfactions des parents par rapport au corps peuvent également être interprétées comme le reflet des pressions sociales véhiculant des exigences strictes quant à l'apparence auxquelles les parents sont peut-être plus sensibles que les jeunes.

4.2.4. Comparaison sociale

Les questions dirigées sur le thème des comparaisons sociales, cette fois relatives à l'apparence et au corps (p.ex. : « J'aimerais avoir l'apparence d'une autre personne »), qui ont été soumises aux participants ont permis de recueillir leurs perceptions à ce sujet. Ici aussi, les participants perçoivent négativement ce processus d'évaluation comparatif de soi et évitent de le faire. Stéphanie et Léa expriment toutes deux leur désaccord et une objection nette à se prêter aux comparaisons lorsque ce processus est porté à leur attention : « Je peux pas me comparer... Parce que c'est pas, je sais pas, parce que c'est pas gentil. J'plus belle, j'plus belle... » (Stéphanie-S.132 et 137), « Moi j'pas d'accord. Tu peux pas être aussi beau ou belle que d'autres personnes... » (Léa-L.145). Nos conclusions précédentes voulant qu'une tendance à l'évitement des comparaisons chez les participants joue un rôle de préservation de l'estime globale semblent s'appliquer de la même manière à leur image corporelle. Cette explication paraît en effet plausible dans un contexte social où une forte pression à se conformer aux standards de beauté est placée sur les individus et à laquelle les personnes ayant une DI, et en particulier les femmes,

n'échappent pas (McCarthy, 1998). Face aux dictats sociaux de beauté, les différences physiques qui apparaissent plus fréquemment chez les personnes de cette population ajoutent à leur vulnérabilité au regard de l'estime corporelle. Une deuxième observation relevant aussi des comparaisons sociales concerne cette fois les parents plutôt que les jeunes adultes. Les propos de ceux-ci laissent percevoir qu'ils ont davantage tendance à comparer l'apparence et les aptitudes physiques de leurs jeunes à la norme, alors que ces derniers évitent eux-mêmes de le faire, et que ces comparaisons prennent une orientation plutôt négative. Les extraits qui suivent provenant des entrevues des mères de Stéphanie et Léa en constituent deux exemples : « Ouin. L'image corporelle, euh Stéphanie fait plus la différence qu'elle est différente des autres. Je le vois t'sais qu'a voit plus qu'il y a des choses qu'a fait pas. Euh, t'sais est pas grande... » (Stéphanie-P.372), « Selon...Ben, j'sais qu'a l'a conscience qu'a l'a pas le corps d'un autre là. » (Léa- P.583). La vision ancrée de la « différence physique » qui découle du phénomène de comparaison sociale chez les parents les amène même jusqu'à présumer de la perspective négative que le jeune entretient par rapport à son corps alors qu'il exprime le contraire lorsque questionné directement sur le sujet. Ces présomptions peuvent évidemment être interprétées comme un facteur ayant, sur le long terme et sans le vouloir, des conséquences sur l'image corporelle des jeunes adultes. En conclusion, il est étonnant de constater qu'une stratégie de réfutation des comparaisons sociales retrouvée chez les jeunes, et ayant possiblement été inculquée et soutenue par les parents, protège les jeunes d'un inconfort qui rattrape cependant leurs parents.

Les résultats quantitatifs recueillis concernant l'estime corporelle des jeunes adultes rencontrés indiquent que ce domaine de l'estime globale est lui aussi élevé. Il a toutefois été possible de déceler la présence d'une plus grande fragilité dans l'estime corporelle des participants alors que de l'inconfort et plus d'insécurité ont pu être relevés dans leurs propos par

rapport aux thèmes de l'apparence et du poids. L'analyse des données qualitatives révèle que deux processus cognitifs de défense s'apparentant à des mécanismes de déni sont présents et permettent aux jeunes de maintenir le statut élevé de leur estime corporelle. Ces mécanismes prennent la forme de la faible préoccupation affichée au sujet de son image, ainsi que de l'évitement des comparaisons sociales aussi présent sur ce thème. L'existence d'un certain contrôle de la part des parents qui encadrent l'apparence et ses modifications apparaît aussi au sein de l'échantillon. Un enjeu supplémentaire à explorer intervient notamment lorsque cette perception positive de soi est confrontée au regard dévalorisant de l'autre. Lorsqu'une attitude dévalorisante concernant l'apparence s'associe à des actions péjoratives envers un individu, il est alors question d'intimidation liée à l'apparence. Les résultats obtenus concernant la variable de l'intimidation seront présentés et discutés dans la prochaine section de ce chapitre. Quelques précisions concernant des concepts clés seront d'abord présentées avant de poursuivre avec le rapport des expériences d'intimidation des participants divisé selon le type d'agression vécue et leurs réponses à ces actes.

4.3. Intimidation

Dans leurs réponses au questionnaire explorant le vécu d'intimidation en milieu scolaire durant les interactions avec les pairs, les participants rapportent tous avoir été confrontés à quelques situations d'intimidation ainsi qu'à des événements isolés. Ces derniers concordent davantage à la définition du harcèlement, c'est-à-dire toute conduite portant atteinte à la dignité ou à la santé physique ou psychologique d'une personne (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), 2018), alors que l'intimidation réfère à une expérience répétée et à une inégalité de pouvoir (Olweus, 1994, 2013). Dans l'ensemble, les réponses portant

sur leurs expériences personnelles varient entre jamais et parfois lorsque différents types de situations rattachées au thème de l'intimidation leur sont soumises. D'autres réponses descriptives obtenues apportent peu de précisions quant au contexte de l'intimidation, mais elles révèlent toutefois une difficulté pour les participants à identifier les lieux et les moments où ces événements se sont déroulés. Leurs réponses émotives et leurs réactions aux actes d'intimidation sont quant à elles plus accessibles en termes de rappel et de clarté. Un inconfort à aborder ce thème a aussi été relevé chez les quatre participants, certains choisissant de ne pas répondre aux questions ou disant ne plus se rappeler des événements. L'un d'eux a notamment démontré beaucoup de confusion lorsque les faits ont été explorés. Du côté des parents, un portrait différent se dessine alors que ceux-ci identifient des événements d'intimidation, de harcèlement et de discrimination différents de ceux rapportés par leur jeune. Les situations prépondérantes ne sont donc pas nécessairement les mêmes pour les uns et pour les autres. Cette divergence dans le récit fait des situations d'intimidation entre les jeunes ayant une DI et leurs parents a fait l'objet de recherches antérieures. Une sous-estimation de l'intimidation par les parents ainsi qu'un phénomène de sensibilité différente aux divers types d'intimidation sont les deux constats avancés (Maïano et al., 2016). Ces conclusions seront prises en considération dans l'analyse de nos résultats.

La littérature scientifique actuelle permet d'établir la prévalence plus élevée du phénomène d'intimidation chez les jeunes vivant avec une DI par rapport à celle retrouvée chez leurs pairs de la population générale (Chiu, Kao, Tou, & Lin, 2017; Christensen et al., 2012; Sheard et al., 2001; Zeedyk et al., 2014). L'ampleur de la problématique, les formes qu'elle prend et les raisons expliquant cette vulnérabilité accrue chez les personnes ayant une DI demeurent cependant encore à éclaircir (Maïano et al., 2016). Nous souhaitons ainsi que le matériel qualitatif riche

récolté dans le cadre du présent projet de recherche contribue à apporter des réponses à ces questionnements.

4.3.1. Intimidation directe

Une première thématique reliée à l'intimidation relevée dans les entrevues concerne les situations d'intimidation dites « directes », c'est-à-dire celles survenant dans le contexte d'un contact immédiat de personne à personne et n'impliquant pas l'utilisation d'un intermédiaire (communication électronique, par exemple.) Sous cette bannière d'intimidation directe est ainsi regroupé l'ensemble des situations d'intimidation physique, verbale ou relationnelle qui nous ont été rapportées. Une expérience d'intimidation par les pairs est relatée par la mère de Stéphanie qui décrit les paroles, gestes et attitudes malveillants de camarades de classe envers sa fille : « Oui a se faisait dire qu'était pas bonne. A se faisait dire des affaires par les élèves ... y'a aucun élève qui était son ami dans cette classe-là. » (Stéphanie- P.285), « C'était intense là. ... A se faisait lancer des effaces, y riaient d'elle dans la classe ... Pis même à l'heure du diner là y mettaient les pieds sur les chaises pour pas qu'a s'assoit. » (Stéphanie- P.376-377-379). Ces extraits rejoignent l'idée que le grand public se fait de ce qu'est l'intimidation.

De façon plus inattendue, les entrevues des parents et de certains participants ont aussi révélé que d'autres acteurs adultes, comme certains membres de la famille, des intervenants scolaires ou des professionnels de la santé, ont eux aussi adopté des attitudes intimidantes ou discriminatoires à l'endroit des jeunes ayant une DI. Malgré le fait que l'étude ciblait l'intimidation par les pairs prenant place en milieu scolaire, les entrevues ont révélé d'autres contextes et d'autres acteurs d'intimidation significatifs dans le parcours de vie des participants.

Il nous est donc apparu pertinent de présenter ces résultats émergents révélateurs d'une réalité préoccupante. La douloureuse expérience de Shao Mela avec son père illustre bien le niveau d'intimidation inquiétant pouvant être subi au sein même du noyau familial: « Quand j'étais petit, il voulait m'aplatir. À quelque part et, y voulait rien savoir de moi...Il voulait me faire du mal. » (Shao Mela-SM.291 et 293). Cette perception violente de rejet de la part de son père est aussi corroborée par la mère de Shao Mela :

Euh, ben mon proche, euh, t'sais mon ex là c'est sur qu'il l'a pas accepté pas du tout là. Lui il voulait l'étriper, le tirer à terre, euh, l'égorger, euh. Toute la patente là. Ça fait que là on a mis fin à la relation... Par rapport, ben lui y voulait pas je le dise à personne. Même pas à mes parents. Feque moi je le savais. On l'avait appris, mes parents sont venus à l'hôpital pis y voulait pas je leur dise [que le bébé présentait une trisomie 21]. (Shao Mela-P.96-97 et 100)

Dans d'autres situations impliquant des professionnels du réseau de l'éducation ou de la santé, les actions posées délaissent les critères d'intentionnalité et de récurrence qui définissent l'intimidation et recourent plutôt le concept de discrimination. La CDPDJ la définit comme le fait pour une personne d'être traitée différemment en raison de caractéristiques personnelles. Selon cette source, l'exclusion sur la base des caractéristiques d'une personne serait notamment une forme de discrimination (CDPDJ, 2018). Dans le cas des intervenants scolaires, c'est davantage une mise à l'écart du jeune ayant une DI qui est dénoncée par deux des parents rencontrés. En dépit des explications fournies par les personnes en poste, cette exclusion ciblée démontre ultimement que l'intervenant ne veut pas de cet élève aux besoins particuliers dans son groupe ou son école. Une telle situation discriminatoire a notamment été rapportée par la mère de Shao Mela : « ...T'sais le prof a l'a beaucoup dénigré...Le prof acceptait pas là d'avoir un enfant en difficulté dans sa classe. » (Shao Mela-P.32 et 37). Dans le cas de Stéphanie, la discrimination a éventuellement mené à un geste d'intimidation de la part d'une enseignante plaçant

physiquement la jeune en danger : « ...mais y'avait comme une marche que tu montais pour aller écrire au tableau...A l'a pris son pupitre, pis a l'avait mis, euh, sur cette marche-là. Feque Stéphanie, si elle avait le malheur de reculer sa chaise a tombait là... » (Stéphanie-P.163-165).

Des expériences négatives impliquant des professionnels de la santé ont aussi été rapportées par trois des quatre parents interrogés. En ce qui a trait à ces professionnels, la discrimination s'exprime plutôt par une fermeture face aux parents qui, premiers experts de leur enfant, tentent de leur transmettre des informations sur leur jeune en contexte de soin. Alors que les parents essayent de partager leurs connaissances sur les capacités et comportements habituels de leur jeune afin de soutenir le processus médical, plusieurs professionnels les rabrouent et jugent que les difficultés rencontrées découlent principalement des limites intellectuelles présentes. On considère d'emblée que le jeune en difficulté se comporte toujours de façon aussi désorganisée, qu'il n'est pas en mesure de comprendre et de faire ce qu'il faut pour favoriser sa santé, ou alors que ses difficultés relèvent de problèmes de santé mentale. Les exemples évoqués par les parents démontrent que les préjugés s'immiscent dans les démarches de soin et que le jeune s'en retrouve pénalisé. Nos résultats soutiennent donc la présence d'attitudes discriminatoires et de préjugés chez certains professionnels de la santé à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle, de même que son impact négatif sur la qualité des soins (Kritsotakis et al., 2017).

Nos résultats concernant les professionnels de l'éducation et de la santé sont également cohérents avec les phénomènes d'attitudes négatives, de barrières sociales, de problèmes de communication, de soutien inadéquat et d'information lacunaire décrits par d'autres parents de jeunes ayant une DI qui font face aux mêmes défis, au Québec comme ailleurs dans le monde (Conseil de la famille et de l'enfance, 2007; Papadopoulou, Malliou, Kofotolis, Vlachopoulos, & Kellis, 2017).

4.3.2. *Intimidation indirecte*

Tout comme la majorité des adolescents et jeunes adultes de leur âge, les jeunes vivant avec une DI ont accès à des technologies de l'information et de la communication (TIC) et utilisent fréquemment internet pour se divertir et créer ou entretenir des liens par le biais des réseaux sociaux (Caton & Chapman, 2016; Molin, Sorbring, & Löfgren-Mårtenson, 2017; Normand, Rodier, Lussier-Desrochers, & Giguère, 2016; Normand & Sallafranque-St-Louis, 2016; Sallafranque-St-Louis & Normand, 2017). Ces moyens de communication virtuelle les exposent à différents phénomènes associés à l'intimidation, dont la cyberintimidation et la sollicitation sexuelle. Shao Mela décrit ici un incident de cyberintimidation : « ...J'ai reçu des mots, euh, des mauvais mots...Par mon téléphone...Euh, quelques fois. » (Shao Mela-SM.409-412). À son tour, Shao Mela a lui aussi utilisé son appareil cellulaire pour proférer des menaces à un individu; agissant ici à titre d'intimidateur plutôt que de victime. Il s'agit du seul épisode de ce type qui nous ait été rapporté. La mère de Léa rapporte ici la cyberintimidation vécue par sa fille sur les plateformes de clavardage :

T'sais. Feque là a va sur les "chats" parler ... La majorité ont pas de DI, des fois ils doivent trouver son discours un peu bizarre là t'sais. Feque... Y vont la flusher, mais elle a trouvait qu'était fine... Là au début y parlent avec, mais après ça y se rendent compte. Y doivent dire "Ouin, est bizarre elle..." Y'en a un "On va l'exclure! ... C'est qui elle?! Donc ben bizarre ...". T'sais, pis c'était méchant là... (Léa-P.401 et 410)

Yukari et Léa rapportent pour leur part avoir été sollicitées en ligne par des inconnus leur demandant de dévoiler leur corps : « Parce qui disait "Ôtes ton, ton pull." J'pense quelque chose comme ça... J'comprendais pas qu'est-ce qui voulait dire par ça. Pis euh, y me disait d'ôter ça, ce qui était bleu là... » (Yukari-Y.223b-224-225), «... Je me souviens une fois aussi y'avait une

filles qui m'étaient abordées... je me sentais vraiment hyper mal à l'aise... Ouais genre de montrer un sein ou quelque chose comme ça. Pis moi je voulais pas... Pis a m'a menacé après ça. » (Léa-L.250-251-252). Parmi notre échantillon, seules des participantes féminines ont été victimes de sollicitation à caractère sexuel, ce qui concorde avec la littérature portant sur les jeunes ayant un DT indiquant que plus de filles sont victimes de ce type de demande (Helweg-Larsen, Schütt, & Larsen, 2012; Mitchell, Finkelhor, & Wolak, 2001, 2007; Mitchell, Jones, Finkelhor, & Wolak, 2013; Wells & Mitchell, 2013). De plus, il a été rapporté que plusieurs des facteurs de risque associés à la sollicitation sexuelle dont la prévalence plus élevée de victimisation, l'isolement sociale et la recherche de compagnie en ligne comme hors ligne correspondent à certaines caractéristiques présentes chez les personnes ayant une DI (Normand & Sallafranque-St-Louis, 2016). Enfin, d'autres actions indirectes prises par des individus pour discriminer les jeunes ayant une DI peuvent également être associées à la thématique de l'intimidation indirecte. Nos résultats indiquent notamment que, pour l'un des participants à l'étude présentant une DI, les parents de coéquipiers sont intervenus en exprimant des requêtes et des plaintes concernant sa participation à un événement sportif. À nouveau, cet incident discriminatoire peut être catégorisé comme un acte d'exclusion sur la base des caractéristiques personnelles.

4.3.3. Réponse à l'intimidation

Une seconde thématique corolaire aux événements d'intimidation concerne la réponse des jeunes adultes et de leur entourage à ces incidents. Les réactions affectives et comportementales ainsi que les moyens entrepris par les jeunes eux-mêmes ou par leurs parents pour gérer la situation problématique ont été examinés dans les entrevues.

4.3.3.1. Réponses affectives des jeunes. La peur, la colère et la tristesse correspondent aux trois émotions prépondérantes évoquées par chacun des participants, sans exception. Ces quelques extraits témoignent de ce ressenti prenant : « Ça c'est sur que j'avais eu peur. » (Yukari-Y.245), « Euh, quand qu'était à part, Stéphanie on le voyait était triste, a l'arrivait ici pis était triste. T'sais pis là "Maman y'é pas fin avec moi, y me dit ça pis euh..." » (Stéphanie- P.215), « Mmh, y dit aussi "C'est un gars. Ah qu'il est niaiseux. Ah qu'il est con, et qu'il est cave." Moi je me sens pas bien, je me rends mal à l'aise là-dedans. » (Shao Mela-SM.146), « Mais ça me mettait tellement les boules que...ça me mettait vraiment en colère... Mais j'pense qu'a, a l'essayait de m'écoeurer... » (Léa-L.218). Ces émotions douloureuses associées aux expériences d'intimidation peuvent expliquer pourquoi il a été plus ardu pour les participants de reprendre contact avec ces évènements, lorsque questionnés à leur sujet. Il serait aussi possible d'argumenter qu'en évitant d'y repenser et en se centrant uniquement sur le présent, les jeunes réussissent à préserver à la fois leur stabilité émotionnelle et leur estime de soi. La mère de Léa retrace spécifiquement cette réaction chez sa fille : « J'pense ça la gêne, ça la choque. A veut l'oublier. "Ahhh... on en parle pu. J'veux pu parler de ça là, ça me fait de la peine." Ça y fait de la peine penser à ça. Faut qu'a pense à d'autres choses. » (Léa- P.387-388-389).

4.3.3.2. Réponses comportementales des jeunes. Les émotions provoquées par l'intimidation subie suscitent également des réponses comportementales diverses. Certains participants font preuve d'autodétermination alors qu'ils tentent de gérer eux-mêmes le problème. D'autres réactions reflètent plutôt la détresse du jeune qui ne sait pas comment faire cesser l'intimidation et les sentiments douloureux associés. Dans ce premier exemple, Léa réagit de manière pacifique en utilisant l'ignorance intentionnelle ainsi que les outils de gestion électronique à sa disposition pour mettre fin à la situation de cyberintimidation. L'extrait permet

aussi de comprendre qu'elle avait auparavant tendance à demander l'aide de mère dans ce genre de situation, mais qu'elle préfère maintenant prendre les choses en main elle-même pour éviter certaines conséquences désagréables : « Ben, oui j'pense...j'osais pas trop en parler à ma mère parce que je voulais pas qu'elle s'en mêle trop pis qu'a me prive d'internet ou quoi que ce soit...Feque de toute façon, moi ce que j'ai fait, je leur ai pas parlé. J'ai fait semblant qu'ils existaient pas. Pis je les ai bloqués. » (Léa-L.259-260). Aussi de façon autodéterminée, Yukari a pris part à des démarches légales pour faire face à l'agression sexuelle subie : « ... Pis comme on avait fait une trousse, pis que Yukari a l'a porté plainte, ben a l'a passé en cour... Mais elle t'a fait ça, elle a fait ça comme... ben des adultes ne font pas...Pis l'avocat essayait...de la démonter. A s'est pas laissée démonter, a l'a dit ce qu'elle avait à dire, exactement ce qu'a m'avait dit. Pas plus pas moins... » (Yukari-Y.416-417). À d'autres moments, les jeunes adultes ont plutôt tenté de se défendre eux-mêmes en attaquant l'intimidateur physiquement, verbalement ou alors symboliquement (p.ex. : doigt d'honneur). Pour Shao Mela, une situation de harcèlement a engendré une réaction très problématique pendant près d'un an. Confronté à l'attitude dénigrante persistante de son enseignante, le jeune en est venu à développer un trouble du comportement caractérisé par des désorganisations fréquentes et des crachements. Une réaction semblable d'autovomissement a été observée chez Stéphanie suite à un changement de classe vers un groupe spécialisé en déficiences multiples qui ne convenait pas à ses besoins ni à son niveau de fonctionnement supérieur. Cette décision de transfert prise par la direction scolaire, qui peut être comprise comme une exclusion, avait été justifiée par l'écart progressif qui s'installait entre le rythme de travail de Stéphanie et celui des autres élèves de sa classe régulière. Le milieu scolaire ne s'est donc pas adapté pour offrir les ressources nécessaires à son évolution en cheminement régulier au moment où les défis sont devenus plus importants en 4^e année. Il est à noter que le « ralentissement » signalé ne relevait pas d'un plafonnement de la jeune sur le plan

des apprentissages puisque Stéphanie a par la suite terminé sa 6^e année dans un milieu mieux adapté à ses besoins.

4.3.3.3. Réponses de l'entourage. Lorsque les personnes de l'entourage des jeunes, principalement des membres de la famille, ont pris conscience de l'intimidation vécue, ceux-ci ont indiqué avoir réagi de plusieurs façons pour remédier à la situation et protéger le jeune. Pour certains, l'assistance apportée a pris la forme d'une intervention directe auprès des individus concernés ou des responsables en place, tant en milieu scolaire que sur le web. Pour d'autres parents, ce sont des démarches de dénonciation aux autorités qui ont été réalisées. Finalement, lorsque l'intimidation est survenue au sein même de la famille, comme dans le cas de Shao Mela, la rupture conjugale s'est avérée une mesure prise par le parent pour assurer le bien-être du jeune. Pour l'ensemble des répondants, c'est avant tout la défense des droits du jeune et sa protection qui prévalaient et qui ont motivé les actions entreprises.

4.4. Interprétation conceptuelle des résultats à partir du MDH-PPH

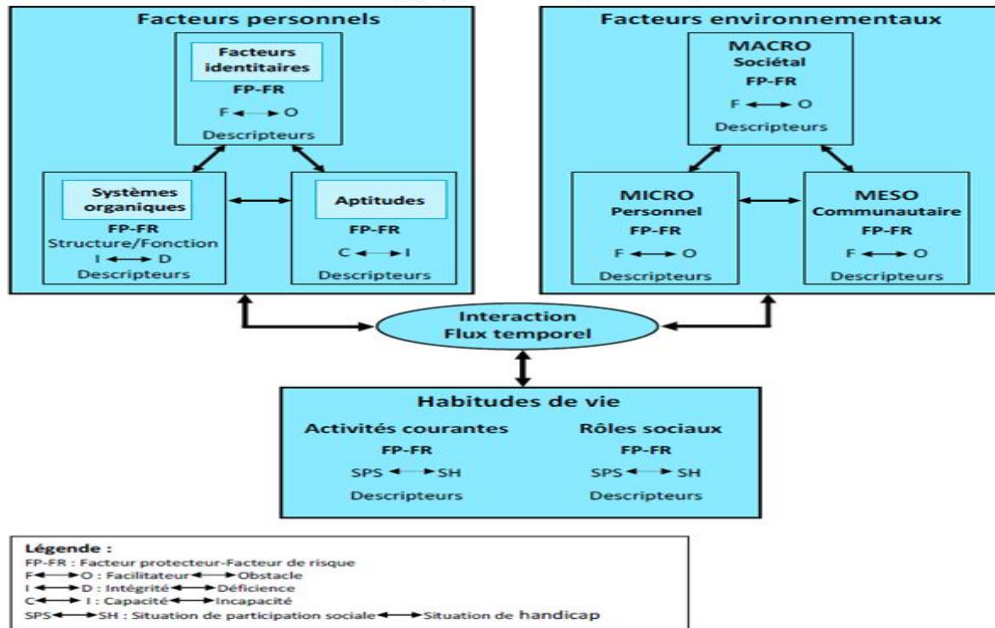
Dans le contexte de notre analyse, les variables d'estime de soi et d'image corporelle s'insèrent dans le MDH-PPH (Fougeyrollas, 2010) (voir Figure 1) en tant que facteurs identitaires. Selon le modèle, ces facteurs personnels sont influencés par les différents facteurs environnementaux présents dans chacun des parcours de vie des participants. Le soutien familial reçu et les expériences d'échec rencontrées en sont deux exemples. Il a aussi été possible de comprendre que l'estime de soi et l'image corporelle ont à leur tour une influence sur le niveau de participation sociale des jeunes adultes et, inversement, sur le degré de handicap rencontré. Un effet rétroactif de cette participation sociale plus ou moins active et diversifiée sur les deux

facteurs identitaires étudiés a aussi pu être observé. L'estime de soi et l'image corporelle des participants sont néanmoins maintenues à un niveau élevé conformément et en dépit des influences environnementales positives et négatives.

La présence d'intimidation en tant que facteur environnemental a été identifiée à tous les niveaux systémiques, notamment l'intimidation faite par certains membres de la famille, intervenants scolaires et professionnels de la santé dans le microsystème et par le biais des conceptions dévalorisantes de la DI véhiculées dans la société au niveau du macrosystème. La victimisation vécue serait théoriquement à même d'influencer l'identité d'une personne en la poussant à se percevoir elle-même comme une victime et en affectant son estime de soi et possiblement son image corporelle si cette dernière est attaquée. Ce n'est cependant pas ce qui a été retrouvé chez les participants qui n'intègrent pas cette identité de victime et rejettent plutôt le tort sur leurs agresseurs, jugeant que ces individus ont des comportements désagréables et inadéquats. L'intimidation subie ne semble pas marquer particulièrement leur identité ni leur participation sociale au-delà de l'épisode d'intimidation. Seule l'intimidation perpétrée par des personnes en position d'autorité semble avoir affecté la participation sociale des jeunes. Il est donc possible d'en conclure que ce ne sont pas les facteurs personnels, mais plutôt les facteurs environnementaux qui tendent à restreindre la participation sociale et à augmenter la situation de handicap des jeunes ayant une DI.

Figure 1

Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)
(Fougeyrollas, 2010)



4.5. Liens entre l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation

L'objectif de recherche central poursuivi dans ce projet se rapportait à l'exploration des interrelations entre l'estime de soi, l'image corporelle et l'intimidation chez la population des jeunes adultes présentant une DI. Les études existantes recensées laissaient croire que davantage d'expériences d'intimidation figureraient au parcours de ces jeunes. En effet, selon cette littérature, ces derniers auraient un concept de soi global plus faible de même qu'une image corporelle plus négative que ce qui est observé dans la population générale. Ces caractéristiques seraient identifiées chez eux en raison de la présence de nombreux facteurs de risque liés à la vie avec une DI. L'analyse des résultats mène au constat que des liens suggérant un rapport d'influence entre les variables explorées existent, mais que ceux-ci prennent des directions

inattendues. En effet, alors qu'il était probable que des récits de vie établiraient des liens évidents entre des événements d'intimidation et une image corporelle plus faible, ou encore le cumul d'expériences d'intimidation et leurs répercussions négatives sur l'estime de soi, de telles relations n'ont pas été identifiées par les participants ni leurs parents. De la même manière, les résultats ne révèlent pas d'interinfluence entre les variables d'estime de soi et d'image corporelle outre leur niveau élevé respectif. Les situations d'intimidation rapportées ont plutôt été décrites comme des obstacles isolés qui ont été surmontés un à un, sans que leurs impacts psychologiques ne continuent d'affecter les participants une fois le coup émotionnel encaissé et l'évènement passé. Comme l'estime de soi et l'image corporelle ne s'en retrouvent pas atteintes, force est de constater qu'une forme de compartimentation s'opère entre les situations difficiles vécues et la perception d'eux-mêmes qu'ont les participants. Pour y arriver, plusieurs processus internes et caractéristiques personnelles des jeunes semblent se combiner pour former un « écran de protection » contre l'intimidation. La métacognition plus faible minimisant la conscience de son statut social moins enviable, la faible préoccupation pour son apparence offrant une distance par rapport à l'inconfort ressenti, le refus de comparaison aux autres et le déni des thèmes douloureux (ne pas en parler et ne pas y penser pour éviter d'être affecté) sont quatre dispositifs de protection qui sous-tendent le déni comme mécanisme de défense (Moore & Rubinfine, 1969; Newman & Beail, 2010) et qui étayent cette barrière. La tendance à s'ancrer dans le présent et dans des considérations bien concrètes retrouvée dans la population avec une DI contribue également au maintien de ces mécanismes. Ces caractéristiques retrouvées chez les personnes vivant avec une DI pourraient être expliquées par la présence de limitations au niveau des fonctions cognitives supérieures. Par exemple, les déficits associés à la mémoire et à la planification peuvent limiter l'accès aux souvenirs ou bien à la projection dans le futur, ce qui positionne davantage ces personnes dans le moment présent et les réalités de court terme. De la même façon, les retards de

développement cognitif restreignent la capacité d'abstraction redirigeant plutôt leur attention sur des aspects plus concrets et actuels (Martin, 2012). À ces processus s'ajoutent le sens de l'initiative et une recherche d'autodétermination qui constituent des dispositions personnelles à même de générer des expériences positives et un sentiment de fierté renforçant l'« écran de protection » et l'estime de soi. D'autres apports externes en provenance des parents, comme les encouragements et le soutien constant de même que l'égide et la défense des droits, contribuent aussi grandement à l'édification de cet écran de sauvegarde. Ainsi, l'analyse des liens entre les variables à l'étude révèle que l'estime de soi et l'image corporelle se trouvent préservées, voire même renforcées, par cet « écran protecteur » et ses éléments constitutifs. De plus, cette mesure protectrice internalisée a aussi pour fonction de pallier la vulnérabilité liée aux facteurs de risques tels que des habiletés sociales précaires, une cordialité maladroite, une apparence ou des caractéristiques physiques atypiques et des difficultés comportementales. Bien que détectés dans notre échantillon, ces facteurs ne semblent pas avoir donné lieu à des niveaux d'estime de soi ou d'image corporelle plus bas. L'effet inverse voulant qu'une faible estime de soi et une image corporelle négative prédisposent au fait de vivre de l'intimidation demeure cependant à explorer par le biais d'une recherche au devis longitudinal. Le présent projet ne permet pas de se prononcer à ce sujet étant donné la collecte de données rétrospective employée.

4.6. Limites du projet

Il importe de soulever ici certaines limites méthodologiques rencontrées dans le projet. D'abord, le devis de recherche choisi ne permet pas d'établir de corrélations ni de lien de causalité entre les variables et les différentes informations recueillies. Toutefois, la nature exploratoire et la méthodologie qualitative utilisée ont permis de répertorier des expériences

diversifiées. En outre, la discrimination voire le harcèlement provenant d'intervenants scolaires ou du milieu de la santé était inattendu et n'aurait pas émergé si des instruments de mesure d'intimidation standards employés dans la plupart des études sur le sujet avaient été utilisés. Seule l'entrevue semi-structurée auprès des parents a permis la documentation de cette thématique.

De plus, le petit échantillon étudié ne permet pas de généraliser les résultats et conclusions obtenus à l'ensemble des individus formant la population étudiée. Ce choix méthodologique avait plutôt pour objectif de générer une compréhension plus approfondie du vécu des participants et des liens entre les variables. Le travail de recherche avec un échantillon beaucoup plus imposant aurait limité cette possibilité d'approfondissement. Il est également à noter que le recrutement de participants répondant aux critères d'inclusion a constitué un défi étant donné les spécificités recherchées (âge, DI légère, bonne capacité de lecture et de compréhension, fréquentation d'un établissement scolaire, etc.). À cet effet, il a été nécessaire d'élargir le critère d'intervalle d'âge puisqu'une participante intéressée et répondant aux critères d'inclusion était un peu plus âgée que 21 ans. Comme la collaboration d'une intervenante de l' AISQ a été nécessaire au processus de recrutement, il est aussi possible que la présélection effectuée parmi sa clientèle ait influencé de manière non intentionnelle la composition de l'échantillon. Les jeunes capables de se prêter à une telle participation présentent nécessairement des limitations moindres et potentiellement des expériences de vie plus positives, ce qui a pu constituer un biais. Aussi, des familles faisant appel à un organisme de soutien et de défense des droits sont probablement plus informées et impliquées dans le développement général de leur jeune. Nous pouvons ainsi soupçonner qu'ils sont de vaillants « défenseurs » de l'estime de soi de leur jeune et qu'ils font preuve d'une grande proactivité pour mettre fin au harcèlement et à l'intimidation que leur enfant pourrait subir. Par

conséquent, les résultats obtenus ont pu refléter une réalité « plus protégée » et des expériences moins difficiles vécues par les jeunes adultes ayant pris part à l'étude. À l'inverse, il est aussi possible que ce recrutement ait généré des résultats augmentés en termes d'expériences négatives influençant les variables puisque, de par leur demande d'aide à l'organisme, il est possible de croire que les familles choisies vivraient des enjeux d'inclusion plus prononcés par rapport au jeune présentant une DI que d'autres n'ayant pas recours aux services de l'AISQ. De plus, la participation d'individus issus d'autres milieux et ayant potentiellement des expériences différentes aurait pu apporter un contenu plus diversifié à l'étude si la totalité du recrutement n'avait pas été confiée à un seul partenaire. Étant donné la présence d'un seul participant de sexe masculin au sein de l'échantillon, il devient également impossible de tirer des conclusions quant à des différences possibles entre les genres quant aux variables à l'étude.

Sur le plan technique, l'adaptation des instruments de mesure quantitatifs à l'intention des participants a mené à plusieurs modifications majeures de son contenu, dont la reformulation de plusieurs items et l'exclusion de certains autres en raison de leur complexité ou de l'incompatibilité de leur contenu avec la réalité des participants. Par conséquent, les qualités psychométriques reconnues aux outils originaux ont pu être altérées et n'ont pas été validées pour cette population spécifique. De plus, cette adaptation limite la comparaison des scores obtenus par nos participants à ceux d'échantillons de sujets tout-venant. La compréhension de certains concepts plus abstraits a aussi présenté un niveau de difficulté supplémentaire dans le cadre des entrevues avec les jeunes, et ce, malgré le travail réalisé sous les recommandations du comité de recherche et de l'intervenante de l'AISQ pour augmenter l'accessibilité du contenu. Face à cette dernière observation, nous concluons que l'adaptation des instruments de mesure était un ajustement incontournable malgré son impact potentiel sur la validité des résultats obtenus.

L'utilisation de questions ouvertes en complément au questionnaire a aussi représenté un défi pour l'étude de cette population étant donné la capacité de rappel et d'élaboration habituellement plus ardue. Afin de contrer ces difficultés, d'autres méthodes éprouvées d'adaptation (Guillemette & Boisvert, 2003; Julien-Gauthier et al., 2009) auraient pu être introduites à différents niveaux du protocole de recherche afin d'enrichir les réponses des participants. En effet, un corpus de connaissances disponible portant spécifiquement sur la participation des personnes ayant une DI à des activités de recherche suggère de nombreuses méthodes favorisant l'accessibilité du contenu des instruments de mesure ainsi qu'une plus grande prise de parole concernant leurs expériences. L'utilisation de ces connaissances tant dans l'élaboration des instruments de mesure quantitatifs et qualitatifs (p.ex. type de questions utilisé, niveau de langage) que pour leur administration (p.ex. rencontre préalable à l'entrevue, emploi de moyens verbaux ou non verbaux pour susciter l'ajout de contenu chez le participant) aurait pu contribuer grandement à la richesse des résultats.

Finalement, ce projet de recherche et la force de sa double méthodologie ont permis de mettre en lumière un risque associé à l'utilisation de questionnaires autorapportés avec des participants présentant une DI. Ce résultat intéressant, pouvant aussi être interprété comme une limite méthodologique dans ce champ d'études que dévoile le présent projet de recherche, concerne en effet le biais positif des réponses générées par l'utilisation d'un questionnaire auprès de cette population, et ce, malgré les adaptations et le soutien à la passation apportés. Les résultats quantitatifs obtenus grâce à ces instruments ont d'abord laissé penser que l'estime de soi et l'image corporelle des jeunes vivant avec une DI sont peu liés à leur condition neurologique et à leurs expériences; ces derniers se disant satisfaits de leur image corporelle et rapportant avoir une bonne estime d'eux-mêmes. L'apport des résultats qualitatifs est cependant venu nuancer ces

informations et, du même coup, remettre en question les hypothèses avancées sur la base des résultats d'études antérieures qui ne reposent que sur la collecte de données à partir de questionnaires autorapportés.

4.7. Pistes de recherches futures

À la lumière de nos résultats et conclusions, plusieurs pistes de recherche intéressantes pour des projets futurs se dégagent. Avec les ressources appropriées, il serait d'abord pertinent de reproduire le même protocole à plus grande échelle en augmentant l'échantillon et en élargissant le bassin de recrutement à la grandeur de la province, permettant d'obtenir une meilleure représentation de la population étudiée ainsi que des résultats généralisables aux jeunes adultes qui présentent une DI dans le système scolaire québécois. Le développement d'un devis de recherche évaluant quantitativement les associations entre les variables d'estime de soi, d'image corporelle et d'intimité chez cette population serait également très éclairant. L'inclusion d'un groupe contrôle de jeunes provenant des mêmes écoles, mais présentant un DT constituerait aussi un ajout révélateur permettant de distinguer les enjeux propres aux deux groupes. Des recommandations spécifiques quant aux meilleures pratiques et mesures à mettre en œuvre pour soutenir l'estime de soi et l'image corporelle des jeunes adultes vivant avec une DI ainsi que pour réduire les risques de victimisation chez cette population pourraient aussi découler d'une telle étude comparative. Pour tout projet futur, il s'avèrerait incontournable de retravailler les adaptations des outils quantitatifs et des grilles d'entrevue ainsi que leur administration à la lumière des connaissances scientifiques disponibles sur la participation de cette population à des activités de recherche (Guillemette & Boisvert, 2003; Julien-Gauthier et al., 2009). Ceci contribuerait aussi à prévenir l'obtention de résultats quantitatifs positivement biaisés en

augmentant leur validité. La prise en compte des résultats de la présente étude au sujet de ce dit biais, de même que la triangulation des informations avec différentes sources et l'ajout d'un volet qualitatif au protocole de recherche apparaissent également comme des protections à mettre en place face à ce biais. Il pourrait également être pertinent d'inclure une mesure de la taille et du poids des participants (IMC) afin d'objectiver les profils corporels de ces derniers. Dans la même veine, l'inclusion d'une mesure portant précisément sur l'intimidation en lien avec le poids constituerait un ajout considérable à une étude future compte tenu de l'enjeu important que représente le poids dans le domaine de la DI. Enfin, le thème de l'intimidation perpétrée par des intervenants et des professionnels émergeant de manière significative dans nos résultats mériterait une étude plus approfondie ainsi que l'établissement des mesures sociales pour contrer ces pratiques et attitudes discriminatoires.

CHAPITRE V
CONCLUSION

Au départ notre objectif de recherche a été établi sur la base des informations présentes dans la littérature scientifique à l'effet que la population des personnes qui présentent une DI avait une plus faible estime de soi, une image corporelle plus négative et vivait plus d'intimidation que les personnes de la population générale. Comme une cooccurrence de ces trois problématiques se dessinait dans les écrits, nous avons souhaité explorer plus précisément la présence de liens entre ces variables (estime de soi, image corporelle et intimidation) chez la population spécifique des jeunes adultes présentant une DI légère. La période de l'adolescence a été ciblée étant donnée la vulnérabilité supplémentaire associée à cette période de développement social, physique et identitaire. Les résultats obtenus indiquent que les jeunes rencontrés ont une bonne estime d'eux-mêmes. La perception de soi équilibrée retrouvée chez les participants s'élabore à partir des diverses qualités et limites qu'ils se reconnaissent, ainsi que sur leurs accomplissements personnels et scolaires. D'autres évènements de vie et facteurs environnementaux positifs et négatifs moduleraient aussi leur estime, qui en ressort néanmoins préservée. En ce qui a trait à l'image corporelle, les jeunes rapportent avoir une bonne estime corporelle. Il apparaît cependant que plus de mécanismes de protection agissent pour défendre cette image corporelle positive en raison des rétroactions négatives qui leur sont retournées par l'environnement au sujet de leur corps. Tant pour l'estime de soi que pour l'image corporelle, les jeunes évitent de se comparer aux autres et dénoncent avec ardeur cette pratique sociale potentiellement nocive pour eux. Enfin, l'ensemble des participants a été confronté à des situations d'intimidation ou a été la cible d'actes de harcèlement ponctuels. Il a aussi été constaté que ces évènements néfastes peuvent être perpétrés de façon directe et indirecte non seulement par leurs pairs, mais aussi par des adultes chargés de soutenir ces jeunes dans leur vie scolaire ou leurs soins de santé. Les réponses à l'intimidation des participants et de leur entourage sont également très diverses. Elles témoignent de l'impact émotionnel occasionné chez les jeunes au

moment des incidents et de leur capacité d'autodétermination et de résilience. L'implication dévouée des parents se portant à la défense des droits de leur enfant dans ces situations a aussi été rapportée. Des mécanismes de défense relatifs à ces événements de vie douloureux font aussi surface lorsque les jeunes adultes sont questionnés à ce sujet. L'exploration des liens révèle finalement qu'il n'y a pas d'influence directe entre les variables à l'étude et qu'un ensemble de mécanismes protecteurs se met en place pour permettre aux jeunes de bâtir et conserver une haute estime d'eux-mêmes et une image corporelle positive en dépit des facteurs de risque en présence.

Avec un recul, force est de constater que nos questions de recherche ont partiellement été guidées par nos propres préjugés au sujet des personnes vivant avec une DI. En raison de leurs différences fonctionnelles et physiques qui sont non conformes, voire opposées aux idéaux de la société nord-américaine du 21^e siècle, nous leur avons attribué une autoperception négative d'elles-mêmes. Les résultats obtenus reflètent d'abord qu'il est primordial de mettre de côté les idées préconçues pour parvenir à appréhender une réalité avec justesse, surtout lorsque nous nous intéressons à des personnes dont le quotidien et les défis sont uniques et peu connus du grand public. De surcroît, les difficultés prépondérantes soulevées dans l'étude permettent d'identifier l'environnement comme un antagoniste à l'inclusion et au bien-être beaucoup plus déterminant que la condition physique et neurologique existant chez ces jeunes. Ceci rappelle que la clé de l'inclusion réside dans l'adaptation des milieux et la sensibilisation aux personnes plutôt que dans l'intervention individuelle visant à modeler un individu pour l'approcher de la conformité.

RÉFÉRENCES

- Ackard, D. M., & Peterson, C. B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 187-194. doi:10.1002/1098-108X(200103)29:2<187::AID-EAT1008>3.0.CO;2-R
- Allgood-Merten, B., Lewinsolm, P. M., & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 55-63. doi:10.1037/0021-843X.99.1.55
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2018). *Definition of intellectual Disability*. Retrieved from <https://aaidd.org/intellectual-disability/definition>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, & Le Comité Ad Hoc de l'AAIDD sur la terminologie et la classification. (2010). *Déficiência intellectuelle : définition, classification et système de soutien* (11e ed.). Washington, DC; Trois-Rivières, QC: AAIDD; Consortium national de recherche sur l'intégration social.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arsenault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2006). Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A nationally representative cohort study. *Pediatrics*, 118(1), 130-138. doi:10.1542/peds.2005-2388
- Ayaso-Maneiro, J., Domínguez-Prado, D. M., & García-Soidan, J. L. (2014). Influence of weight loss therapy programs in body image self-perception in adults with intellectual disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 178-185. doi:10.1016/j.ijchp.2014.03.002
- Azeredo, C. M., Rinaldi, A. E. M., de Moraes, C. L., Levy, R. B., & Menezes, P. R. (2015). School bullying: A systematic review of contextual-level risk factors in observational

- studies. *Aggression and Violent Behavior*, 22, 65-76. doi:10.1016/j.avb.2015.04.006
- Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *Journal of Early Adolescence*, 23(2), 141-165.
doi:10.1177/0272431603251081
- Basquill, M., Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Klein, T. L. (2004). Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 109(3), 255–263.
doi:10.1352/08958017(2004)109<255:AHBASP>2.0.CO;2
- Barry, C. T., Grafeman, S. J., Adler, K. K., & Pickard, J. D. (2007). The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 30(6), 933–942. doi:10.1016/j.adolescence.2006.12.003
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44. doi:10.1111/1529-1006.01431
- Bear, G. G., Clever, A., & Proctor, W. A. (1991). Self-perceptions of nonhandicapped children and children with learning disabilities in integrated classes. *The Journal of Special Education*, 24(4), 410–426. doi:10.1177/002246699102400403
- Bear, G. G., Mantz, L. S., Glutting, J. J., Yang, C., & Boyer, D. E. (2015). Differences in bullying victimization between students with and without disabilities. *School Psychology Review*, 44(1), 98-116. doi:10.17105/SPR44-1.98-116
- Bégarie, J., Maïano, C., & Ninot, G. (2011). Concept de soi physique et adolescents présentant une déficience intellectuelle: Effets de l'âge, du sexe et de la catégorie de poids. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(3), 179–186. doi:10.1177/070674371105600308

- Bégarie, J., Maïano, C., Ninot, G., & Azéma, B. (2009). Prévalence du surpoids chez des pré-adolescents, adolescents et jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle scolarisés dans les instituts médico-éducatifs du Sud-est de la France: Une étude exploratoire. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 57(5), 337-345. doi:10.1016/j.respe.2009.05.003
- Bélangier, M. (2010). *Étude longitudinale du rôle de la puberté, de l'image corporelle, des distorsions cognitives et de la transition primaire-secondaire dans le développement de la dépression chez les adolescents*. Essai doctoral non-publié, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. Retrieved from [http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/-edition_reguliere/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/-edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)
- Blake, J. J., Kim, E. S., Lund, E. M., Zhou, Q., Kwok, O., & Benz, M. R. (2016). Predictors of bully victimization in students with disabilities: A longitudinal examination using a national data set. *Journal of Disability Policy Studies*, 26(4), 199-208. doi:10.1177/1044207314539012
- Blake, J. J., Lund, E. M., Zhou, Q., Kwok, O., & Benz, M. R. (2012). National prevalence rates of bully victimization among students with disabilities in the United States. *School Psychology Quarterly*, 27(4), 210–222. doi:10.1037/spq0000008
- Bonanno, R. A., & Hymel, S. (2010). Beyond hurt feelings: Investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 420-440. doi:10.1353/mpq.0.0051

- Bosworth, K., Espelage, D. L., & Simon, T. R. (1999). Factors associated with bullying behavior in middle school students. *Journal of Early Adolescence, 19*(3), 341–362.
doi:10.1177/0272431699019003003
- Boxer, P. Edwards-Leeper, L., Goldstein, S. E., Musher-Eizenman, D., & Dubow, E. F. (2003). Exposure to « low-level » aggression in school: Associations with aggressive behavior, future expectations, and perceived safety. *Violence and Victims, 18*(6), 691-705.
doi:10.1891/vivi.2003.18.6.691
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Ecological systems theory. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 106-173). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1986). L'image du corps de 10 à 40 ans: Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bulletin de Psychologie, 382*, 887–892.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., & Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review, 25*(2), 215-239. doi:10.1016/j.cpr.2004.09.003
- Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2012). The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health, 51*(5), 517-523.
doi:10.1016/j.jadohealth.2012.02.021
- Cannard, C. (2010). *Le développement de l'adolescent: L'adolescent à la recherche de son*

identité (2e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.

- Cantin, S., & Stan, S. N. (2010). Les relations avec les pairs à l'adolescence comme facteurs de risque de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(2), 116–126. doi:10.1037/a0016347
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185-1229. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x
- Carter, B. B., & Spencer, V. G. (2006). The fear factor: Bullying and students with disabilities. *International Journal of Special Education*, 21(1), 11-23. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.501.1121&rep=rep1&type=pdf>
- Cash, T. F. (1995). Developmental teasing about physical appearance: Retrospective descriptions and relationships with body image. *Social Behavior and Personality*, 23(2), 123–130. doi:10.2224/sbp.1995.23.2.123
- Cash, T. F. (2002). A “negative body image”: Evaluating epidemiological evidence. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image : A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 269–276). New York, NY: The Guilford Press.
- Caton, S., & Chapman, M. (2016). The use of social media and people with intellectual disability: A systematic review and thematic analysis. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(2), 125-139. doi:10.3109/13668250.2016.1153052
- Chase, S. E. (2005). Narrative inquiry: Still a field in the making. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 421-434). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

- Chen, H. (2006a). Turner Syndrome. In H. Chen (Ed.). *Atlas of genetic diagnosis and Counseling* (pp. 2097-2114). [Adobe Digital Editions version]. doi:10.1007/978-1-4614-1037-9_238,
- Chen, H. (2006b). Prader-Willi Syndrome. In H. Chen (Ed.). *Atlas of genetic diagnosis and Counseling* (pp.1723-1734). [Adobe Digital Editions version]. doi:10.1007/978-1-4614-1037-9_196
- Chiu, Y-L., Kao, S., Tou, S-W., & Lin, F-G. (2017). Effect of personal characteristics, victimization types, and family- and school-related factors on psychological distress in adolescents with intellectual disabilities. *Psychiatry Research*, 248, 48-55. doi:10.1016/j.psychres.2016.12.015
- Christensen, L. L., Fraynt, R. J., Neece, C. L., & Baker, B. L. (2012). Bullying adolescents with intellectual disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(1), 49-65. doi:10.1080/19315864.2011.637660
- Cohane, G. H., & Pope, H. G. (2001). Body image and boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373-379. doi:10.1002/eat.1033
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ). (2018). *Pratiques interdites*. Retrieved from <http://www.cdpcj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/pratiques/Pages/harcelement.aspx>
- Conseil canadien sur l'apprentissage. (2008). *Le taxage au Canada : L'effet de l'intimidation sur l'apprentissage*. Retrieved from http://www.bdaa.ca/biblio/recherche/cca/bullying_in_canada_fr/bullying_in_canada_fr.pdf
- Conseil de la famille et de l'enfance. (2007). *Tricoter avec amour: Étude de la vie de famille avec un enfant handicapé*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2007). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for*

Developing Grounded Theory (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

doi:10.4135/9781452230153

Cragg, S. J., & Lafrenière, K. D. (2010). Effects of Turner Syndrome on women's self-esteem and body image. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(5), 433–445.

doi:10.1007/s10882-009-9178-0

Craig, W. M., et Harel, Y. (2004). Bullying, physical fighting, and victimization. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Barnekow Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp.133-144). Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Retrieved from

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf?ua=1

Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., ... the HBSC Bullying Writing Group. (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, 54(2), 216-224. doi:10.1007/s00038-009-5413-9

Craig, W. M., Pepler, D., & Atlas, R. (2000). Observations of bullying in the playground and in the classroom. *School Psychology International*, 21(1), 22–36.

doi:10.1177/0143034300211002

Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3), 429–451. doi:10.1016/S0193-3973(99)80049-5

Crick, N. R., & Bigbee, M. A. (1998). Relational and overt forms of peer victimization: A multiinformant approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 337–347.

doi: 10.1037/0022-006X.66.2.337

- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710–722. doi:10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x
- Crockenberg, S. B., & Soby, B. A. (1989). Self-esteem and teenage pregnancy. In A. M. Mecca, N. J. Smelser & J. Vasconcellos (Eds.), *The social importance of self-esteem*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608-630. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/9d14/e0bb7795be22529de0c54a228c78499ddb13.pdf>
- Cummings, J. G., Pepler, D. J., Mishna, F., & Craig, W. M. (2006). Bullying and victimization among students with exceptionalities. *Exceptionality Education Canada*, 16(2-3), 193-222. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Debra_Pepler/publication/234661063-_Bullying_and_Victimization_among_Students_with_Exceptionalities/links/54230b1e0cf26120b7a6b98b.pdf
- Dagnan, D., & Sandhu, S. (1999). Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(5), 372–379. doi:10.1046/j.1365-2788.1999.043005372.x
- Dany, L., & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi: Étude auprès de lycéens français. *Bulletin de Psychologie*, 509, 321–334. doi:10.3917/bupsy.509.0321
- Dawkins, J. L. (1996). Bullying, physical disability, and the pediatric patient. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(7), 603-612. doi:10.1111/j.1469-8749.1996.tb12125.x
- deMarrais, K. (2004). Qualitative interview studies: Learning through experience. In K. de Marrais & S. D. Lapan (Eds.), *Foundations for research* (pp.51-68). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Denzin, N. K. (1994). The Art and Politics of Interpretation. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 500-515). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DeRose, L. M. & Brooks-Gunn, J. (2006). Transition into adolescence: The role of pubertal processes. In L. Balter & C.S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child Psychology: A Handbook of Contemporary Issues* (2nd ed.) (pp. 385-414). New York, NY: Psychology Press.
- Diden, R., Scholte, R. H. J., Korzilius, H., de Moor, J. M. H., Vermeulen, A., O'Reilly, M., ... Lancioni, G. E. (2009). Cyberbullying among students with intellectual and developmental disability in special education settings. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(3), 146–151. doi:10.1080/17518420902971356
- Dooley, J. J., Pyzalski, J., & Cross, D. (2009). Cyberbullying versus face-to-face bullying: A theoretical and conceptual review. *Zeitschrift Fur Psychologie [Journal of Psychology]*, 217(4), 182–188. doi:10.1027/0044-3409.217.4.182
- Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie Française*, 58(2), 107-121. doi:10.1016/j.psfr.2013.01.003
- Dosen, A., & Day, K. (2001). Epidemiology, etiology and presentation of mental illness and behaviors in persons with mental retardation. In A. Dosen & K. Day (Eds.), *Treating mental illness and behavior disorders in children and adults with mental retardation* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Due, P., & Holstein, B. E. (2008). Bullying victimization among 13 to 15 year old school children: Results from two comparative studies in 66 countries and regions. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 209-222. doi:10.1515/IJAMH.2008.20.2.209

- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S., Scheidt, P., ... The Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health, 15*(2), 128-132.
doi:10.1093/eurpub/cki105
- Dupper, D. R. (2013). *School Bullying: New Perspectives on a Growing Problem*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ebara, C. (2011) A study of appraisal aspect of body image in young children: Based on the relationship between body satisfaction, ideal physique, and body perception. *Journal of Child Health, 70*, 60-67.
- Eisenburg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Hanes, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health, 38*(6), 675–683. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.07.002
- Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(2), 134–143. doi:10.1111/j.1365-2788.2004.00617.x
- Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse, 2*(2-3), 123-142.
doi:10.1300/j135v02n02_08
- Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from there? *School Psychology Review, 32*(3), 365-383.
Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/c56c/e773f44362d8516b034cd262270-e2c1b7fd9.pdf>

- Ethier, K. A., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., Milan, S., Niccolai, L. M., & Ickovics, J. R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Interrelationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health, 38*(3), 268–274. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.12.010
- Fallon, E. A., Harris, B. S., & Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adult sample. *Eating Behaviors, 15*(1), 151-158. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.11.007
- Farmer, T.W., Petrin, R., Sprott Brooks, D., Hamm, J.V., Lambert, K., & Gravelle, M. (2012). Bullying involvement and the school adjustment of rural students with and without disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 20*(1), 19-37. doi:10.1177/1063426610392039
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. M., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics, 144*(1), 17-22. doi:10.1016/j.jpeds.2003.09.025
- Fisher, M. H., Lough, E., Griffin, M. M., & Lane, L. A. (2017). Experiences of bullying for individuals with Williams syndrome. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 10*(2), 108-125, doi:10.1080/19315864.2016.1278289
- Fisher, M. H., Moskowitz, A. L., & Hodapp, R. M. (2012). Vulnerability and experiences related to social victimization among individuals with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 5*(1), 32-48. doi: 10.1080/19315864.2011.592239
- Fernandez, L., & Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris, France: Nathan.
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile: transformations réciproques du sens du*

handicap. Québec, QC: Presses de l'Université Laval.

Franko, D. L., & Edwards George, J. B. (2009). Overweight, eating behaviors, and body image in ethnically diverse youth. In L. E. Smolak & J. K. Thompson (Eds.), *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment* (pp. 97–112). Washington, DC: American Psychological Association.

French, D. C., Jansen, E. A., & Pidada, S. (2002). United States and Indonesian children's and adolescents' reports of relational aggression by disliked peers. *Child Development, 73*(4), 1143-1150. doi:10.1111/1467-8624.00463

Furlong, M. J., Chung, A., Bates, M., & Morrison, R. L. (1995). Who are the victims of school violence? A comparison of student non-victims and multi-victims. *Education and Treatment of Children, 18*(3), 282-298. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Michael_Furlong2/publication/232576199_Who_are_the_victims_of_school_violence_A_comparison_of_student_non-victims_and_multi-victims/links/54b490010cf2318f0f96dfbf.pdf

Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction : Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology, 136*(6), 581–596. doi:10.1080/00223980209604820

Furnham, A., & Calnan, A. (1998). Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review, 6*(1), 58–72. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(199803)6:1<58::AID-ERV184>3.0.CO;2-V

Girli, A. (2013). An examination of the relationships between the social skill levels, self concepts and aggressive behavior of students with special needs in the process of inclusion education. *Çukurova University Faculty of Education Journal, 42*(1), 23–38. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Alev_Girli/publication/264622460_An_examination_o

f_the_relationships_between_the_social_skill_levels_self_concepts_and_aggressive_behavior_of_students_with_special_needs_in_the_process_of_inclusion_education/links/5522e5400cf2f9c130544a25.pdf

Gladstone, G. L., Parker, G. B., & Malhi, G. S. (2006). Do bullied children become anxious and depressed adults? A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(3), 201-208.

doi:10.1097/01.nmd.0000202491.99719.c3

Glumbić, N., & Žunić-Pavlović, V. (2010). Bullying behavior in children with intellectual disability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2*(2), 2784–2788.

doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.415

Goleman, D. (2006). *Social intelligence: The New Science of Human Relationships*. New York, NY: Bantam Books.

Graham, S., Bellmore, A. D., & Mize, J. (2006). Peer victimization, aggression, and their co-occurrence in middle school: Pathways to adjustment problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(3), 349–364. doi:10.1007/s10802-006-9030-2

Graham, S., & Juvonen, J. (1998). Self-blame and peer victimization in middle school: An attributional analysis. *Developmental Psychology, 34*(3), 587-599. doi:10.1037/0012-1649.34.3.587

Griffin, R. S., & Gross, A. M. (2004). Childhood bullying: Current empirical findings and future directions for research. *Aggression and Violent Behavior, 9*(4), 379–400.

doi:10.1016/S1359-1789(03)00033-8

Grossman, H. J. (Ed.). (1983). *Classification in Mental Retardation* (Rev.ed.). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

- Guillemette, F., & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives*, 23, 15-26.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The Developing Adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Harter, S. (2006). The self. In W. Damon & R. Lerner (Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional, and Personality Development*. (6th ed.) (pp. 505-570). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Harter, S. (2012). *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 441–455. doi:10.1111/1469-7610.00629
- Heath, N. L., & Glen, T. (2005). Positive illusory bias and the self-protective hypothesis in children with learning disabilities. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(2), 272–281. doi:10.1207/s15374424jccp3402_6
- Helweg-Larsen, K., Schütt, N., & Larsen, H. B. (2012). Predictors and protective factors for adolescent Internet victimization: Results from a 2008 nationwide Danish youth survey. *Acta paediatrica*, 101(5), 533-539. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02587.x
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2015). *Bullying Beyond the Schoolyard: Preventing and Responding to Cyberbullying* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin.

- Hong, J. S., & Espelage, D. L. (2012). A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. *Aggression and Violent Behavior, 17*(4), 311-322.
doi:10.1016/j.avb.2012.03.003
- Huck, S., Kemp, C., & Carter, M. (2010). Self-concept of children with intellectual disability in mainstream settings. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 35*(3), 141–154.
doi:10.3109/13668250.2010.489226
- Huphrey, J. L., Storch, E. A., & Geffken, G. R. (2007). Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Health Care, 11*(3), 248-260.
doi:10.1177/1367493507079571
- Institut de la statistique du Québec, Direction des enquêtes longitudinales et sociales. (2013). *Questionnaire en ligne au jeune (QELJ) E16-Volet 2013*. Instrument non-publié. Retrieved from https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/informations_chercheurs/outils_collecte-/QELJ_Final_FR_E16.pdf
- Institut de statistique de l'UNESCO. (2011). *Recueil de données mondiales sur l'Éducation 2011: Statistiques comparées pour l'éducation dans le monde*. Montréal: Institut de la statistique de l'UNESCO. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0021-/002151/215141f.pdf>
- Jahoda, A., Pert, C., & Trower, P. (2006). Socioemotional understanding and frequent aggression in people with mild to moderate intellectual disabilities: Recognition of facial affect and roletaking abilities. *American Journal on Mental Retardation, 111*(2), 77–89.
doi:10.1352/0895-8017(2006)111[77:SUAFAI]2.0.CO;2
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York, NY: Holt.

- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics, 113*(5), 1187-1194. doi:10.1542/peds.113.5.1187
- Johnson, P. (2012). The prevalence of low self-esteem in an intellectually disabled forensic population. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(3), 317–25. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01447.x
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher, 33*(7), 14-26.
doi:10.3102/0013189X033007014
- Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 119–125.
doi:10.1037/0021-843X.114.1.119
- Jones, D. C., & Crawford, J. K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence, 35*(2), 257–269.
doi:10.1007/s10964-005-9006-5
- Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H., & Lee, Y. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. *Journal of Adolescent Research, 19*(3), 323–339. doi:10.1177/0743558403258847
- Jónsdóttir, S. R., Arnarson, E. Ö., & Smári, J. (2008). Body esteem, perceived competence and depression in Icelandic adolescents. *Nordic Psychology, 60*(1), 58-71. doi: 10.1027/1901-2276.60.1.58
- Juhel, J. C. (2012). *La personne ayant une déficience intellectuelle: Découvrir, comprendre, intervenir*. Québec, QC: Presses de l'Université Laval.

- Julien-Gauthier, F., Jourdan-Ionescu, C., & Héroux, J. (2009). Favoriser la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle lors d'une recherche. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 20, 178-188.
- Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hwakins, J., Harris, W. A., ... Zaza, S. (2014). Youth risk behavior surveillance – United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(4), 1-168. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf>
- Kashubeck-West, S., Saunders, K., & Coker, A. (2012). Body image. In K. L. Goodheart, J. R. Clopton, & J. J. Robert-McComb (Eds.), *Eating Disorders in Women and Children: Prevention, Stress Management, and Treatment* (2nd ed.) (pp. 163-174) Boca Raton, FL: CRC Press.
- Kim, Y. S., Kho, Y., & Leventhal, B. (2005). School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*, 115(2), 357-363. doi:10.1542/peds.2004-0902
- Kim, Y. S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 133-154. doi:10.1515/IJAMH.2008.20.2.133
- Kiriakidis, S. P. (2011). *Bullying Among Youth: Issues, Interventions and Theory*. New York, NY: Nova Science Publishers.
- Knauss, C., Paxton, S. J., & Alsaker, F. D. (2008). Body dissatisfaction in adolescent boys and girls: Objectified body consciousness, internalization of the media body ideal and perceived pressure from media. *Sex Roles*, 59(9-10), 633-643. doi:10.1007/s11199-008-9474-7
- Knox, E., & Conti-Ramsden, G. (2003). Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): Does school placement matter? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38(1), 1-12. doi:10.1080/13682820304817

- Kokkinos, C. M., & Panayiotou, G. (2004). Predicting bullying and victimization among early adolescents: Associations with disruptive behavior disorders. *Aggressive Behavior, 30*(6), 520-533. doi:10.1002/ab.20055
- Koff, E., Rierdan, J., & Stubbs, M. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 10*(1), 56–68. doi:10.1177/0272431690101004
- Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(2), 255–262. doi:10.1111/1469-7610.00319
- Kritsotakis, G., Galanis, P., Papastefanakis, E., Meidani, F., Philalithis, A. E., Kalokairinou, A., & Sourtzi, P. (2017). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 4951-4963. doi: 10.1111/jocn.13988
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 49-61. doi:10.1207/s15374424jccp3401_5
- Lan, W., & Lanthier, R. (2003). Changes in students' academic performance and perceptions of school and self before dropping out of schools. *Journal of Education for Students Placed at Risk, 8*(3), 309–332. doi:10.1207/S15327671ESPR0803_2
- Leffert, J. S., Siperstein, G. N., & Widaman, K. F. (2010). Social perception in children with intellectual disabilities: The interpretation of benign and hostile intentions. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(2), 168-180. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01240.x
- Lester, L., Cross, D., Dooley, J., & Shaw, T. (2013). Bullying victimisation and adolescents: Implications for school-based intervention programs. *Australian Journal of Education, 57*(2), 107-123. doi:10.1177/0004944113485835

- Levine, M. P., & Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & M-A. P. Stephens (Eds.), *The Etiology of Bulimia: The Individual and Familial Context* (pp. 59–80). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp.74-82). New-York, NY: The Guilford Press.
- Li, E. P.-Y., Tam, A. S.-F., & Man, D. W.-K. (2006). Exploring the self-concepts of persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 10*(1), 19–34.
doi:10.1177/1744629506062270
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H.E., Coulter, D. L., Craig, Ellis M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., & Stark, J. A. (1994). *Retard mental: définition, classification et systèmes de soutien* (9e éd.). Saint-Hyacinthe, QC: Edisem.
- Lumeng, J. C., Forrest, P., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (2010). Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades, *Pediatrics, 125*(6), e1301-e1307. doi:10.1542/peds.2009-0774
- Lunde, C., Frisén, A., & Hwang, C. P. (2006a). Is peer victimization related to body esteem in 10-year-old girls and boys? *Body Image, 3*(1), 25–33. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.001

- Lunde, C., Frisén, A., & Hwang, C. P. (2006b). Ten-year-old girls' and boys' body composition and peer victimization experiences: Prospective associations with body satisfaction. *Body Image, 4*(1), 11–28. doi:10.1016/j.bodyim.2006.10.002
- Lysaght, R., Šiška, J., & Koenig, O. (2015). International employment statistics for people with intellectual disability—The case for common metrics. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 12*(2), 112-119. doi:10.1111/jppi.12113
- Mañano, C., Aimé, A., Salvas, M-C., Morin, A. J. S., & Normand, C. L. (2016). Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-aged youth with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 49-50*, 181-195. doi:10.1016/j.ridd.2015.11.015
- Marr, N., & Fields, T. (2001). *Bullicide: Death at playtime*. Wantage, Oxfordshire, UK: Wessex Press.
- Marsh, H. W., Craven, R. G., & Martin, A. J. (2006). What is the nature of self-esteem? Unidimensional and multidimensional perspectives. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem Issues and Answers: A Sourcebook of Current Perspectives* (pp.16-24). New York, NY: Psychology Press.
- Marsh, H. W., & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of Self-Concept* (pp.38-90). New York, NY: Wiley.
- Martin, J.-F. (2012). *La déficience intellectuelle: Concepts de base*. Montréal, QC: Fides.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., & Mahr, F. (2015). Maternal ratings of bullying and victimization: Differences in frequencies between psychiatric diagnoses in a large sample of children. *Psychological Reports, 116*(3), 710-722. doi:10.2466/16.PR0.116k30w8
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence, 39*(153), 145–166.

Retrieved from <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30002525/mccabe-longitudinalstudy-2004-1.pdf>

- McCarthy, M. (1998). Whose body is it anyway? Pressures and control for women with learning disabilities. *Disability & Society, 13* (4), 557-574. doi:10.1080/09687599826605
- McLaughlin, C., Byers, R., & Vaughn, R. P. (2010). *Responding to Bullying among Children with Special Educational Needs and/or Disabilities*. London, UK: Anti-Bullying Alliance.
- McMaster, L. E., Connolly, J., Pepler, D. J., & Craig, W. M. (2002). Peer to peer sexual harassment in early adolescence: A developmental perspective. *Development and Psychopathology, 14*(1), 91-105. doi:10.1017/S0954579402001050
- Melville, C. A., Cooper, S.-A., Morrison, J., Allan, L., Smiley, E., & Williamson, A. (2008). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*(5), 425-437. doi: 10.1111/j.1468-3148.2007.00412.x
- Melville, C. A., Hamilton, S., Hankey, C. A., Miller, S. & Boyle, S. (2007). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews, 8* (3), 223–230. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00296.x
- Mencap. (2007). *Bullying wrecks lives: The experiences of children and young people with a learning disability*. London, UK: Mencap. Retrieved from <https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-07/Bullying%20wrecks%20lives.pdf>
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (1997). *Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*. [Database record] Retrieved from PsycTESTS. doi:10.1037/t00047-000
- Mendelson, M. J., Mendelson, B. K., & Andrews, J. (2000). Self-esteem, body esteem, and body-mass in late adolescence: Is a competence \times importance model needed? *Journal of Applied Developmental Psychology, 21*(3), 249–266. doi:10.1016/S0193-3973(99)00035-0

- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 90–106. doi:10.1207/S15327752JPA7601_6
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation* (2nd ed.). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Mikulovic, J., Vanhelst, J., Salleron, J., Marcellini, A., Compte, R., Fardy, P. S., & Bui-Xuan, G. (2014). Overweight in intellectually-disabled population: Physical, behavioral and psychological characteristics. *Research in Developmental Disabilities*, 35(1), 153-161. doi:10.1016/j.ridd.2013.10.012
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying: Double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 336-347. doi:10.1177/00222194030360040501
- Mishna, F. (2012). *Bullying: A Guide to Research, Intervention, and Prevention*. New York, NY: Oxford University Press.
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2001). Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth. *Journal of the American Medical Association*, 285(23), 3011-3014. doi:10.1001/jama.285.23.3011
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2007). Online requests for sexual pictures from youth: Risk factors and incident characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 196-203. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.03.013
- Mitchell, K. J., Jones, L. M., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2013). Understanding the decline in unwanted online sexual solicitations for U.S. youth 2000-2010: Findings from three youth Internet safety surveys. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1225-1236. doi:10.1016/j.chiabu.2013.07.002
- Molcho, M., Craig, W., Due, P., Pickett, W., Harel-fisch, Y., Overpeck, M., & the HBSC

- Bullying Writing Group. (2009). Cross-national time trends in bullying behaviour 1994-2006: Findings from Europe and North America. *International Journal of Public Health*, 54(S2), 225-234. doi:10.1007/s00038-009-5414-8
- Moore, K. A., McGillivray, J., & Illingworth, K. (2004). An investigation into the incidence of obesity and underweight among adults with an intellectual disability in an Australian sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 306–318. doi:10.1080/13668250400014483
- Moore, B., & Rubinfine, D. (1969). The mechanism of denial. In D. Bernard, E. D. Joseph & H. F. Waldhorn (Eds.), *The Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute, Monograph III*. New York, NY: International Universities Press.
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem Research, Theory, and Practice: Toward a Positive Psychology of Self-Esteem* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Edwards-Leeper, L., Persson, A. V., & Goldstein, S. E. (2003). The narrow range of acceptable body types of preschoolers and their mothers. *Applied Developmental Psychology*, 24(2), 259–272. doi:10.1016/S0193-3973(03)00047-9
- Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27(16), 1438–1452. doi:10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x
- Nader-Grosbois, N. (2014). Self-perception, self-regulation and metacognition in adolescents with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1334–1348. doi:10.1016/j.ridd.2014.03.033
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., & Ruan, J. (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment.

Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158(8), 730-736.

doi:10.1001/archpedi.158.8.730

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001).

Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 285(16), 2094-2100.

doi:10.1001/jama.285.16.2094

Napolitano, D. A., Zarcone, J., Nielsen, S., Wang, H., & Caliendo, J. M. (2010). Perceptions of

body image by persons with Prader-Willi Syndrome and their parents. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(1), 43–53. doi: 10.1352/1944-7558-

115.1.43

Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnstrom, U. (2001). Psychosomatic symptoms among

victims of school bullying. *Journal of Health Psychology*, 6(4), 365-377.

doi:10.1177/135910530100600401

Newman, D. W., & Beail, N. (2010). An exploratory study of the defence mechanisms used in

psychotherapy by adults who have intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(7), 579-583. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01250.x

Newman, M. L., Holden, G. W., & Delville, Y. (2005). Isolation and the stress of being bullied.

Journal of Adolescence, 28(3), 343-357. doi:10.1016/j.adolescence.2004.08.002

Ninot, G., Bilar, J., Delignières, D., & Sokolowski, M. (2000). La survalorisation du sentiment de

compétence de l'adolescent déficient intellectuel en milieu spécialisé. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 50(1), 165-174. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/232455400_La_survalorisation_du_sentiment_de_competece_de_l'adolescent_deficient_intellectuel_en_milieu_specialise_Overestimation_of_perceived_competence_in_adolescents_placed_in_specialized_schools

- Nishina, A., Juvonen, J., & Witkow, M. R. (2005). Sticks and stones may break my bones, but names will make me feel sick: The psychosocial, somatic, and scholastic consequences of peer harassment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1), 37–48.
doi:10.1207/s15374424jccp3401_4
- Normand, C. L., & Sallafranque-St-Louis, F. (2016). Cybervictimization of young people with an intellectual or developmental disability: Risks specific to sexual solicitation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 29*(2), 99-110. doi:10.1111/jar.12163
- Ntshangase, S., Mdikana, A., & Cronk, C. (2008). A comparative study of the self-esteem of adolescent boys with and without learning disabilities in an inclusive school. *International Journal of Special Education, 23*(2), 75–84. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ814444.pdf>
- Olweus, D. (1984). Aggressors and their victims: Bullying at school. In N. Frude & H. Gault (Eds.), *Disruptive behavior in schools* (pp. 57–76). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Olweus, D. (1993a). *Bullying in schools: What We Know and What We Can Do*. Oxford: Basil Blackwell.
- Olweus, D. (1993b). Bully/victim problems among schoolchildren: Long-term consequences and an effective intervention program. In S. Hodgins (Ed.), *Mental Disorder and Crime* (pp. 317-349). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(7), 1171–1190.
doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x
- Olweus, D. (1995). Bullying or peer abuse at school: Facts and intervention. *Current Directions in Psychological Science, 4*(6), 196–200. doi:10.1111/1467-8721.ep10772640
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of*

Psychology of Education, 12(4), 495-510. doi:10.1007/BF03172807.

Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751-780. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516

Owens J. S., Goldfine M. E., Evangelista N. M., Hoza B., & Kaiser N. M. (2007) A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351. doi:10.1007/s10567-007-0027-3

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris, France: Armand Colin.

Papadopoulou, D., Malliou, P., Kofotolis, N., Vlachopoulos, S. P., & Kellis, E. (2017). Health-related quality of life in children attending special and typical education Greek schools. *International Journal of Disability, Development and Education*, 64(1), 76–87. doi:10.1080/1034912X.2016.1158399

Paterson, L., McKenzie, K., & Lindsay, B. (2012). Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(2), 166-176. doi:10.1111/j.1468-3148.2011.00651.x

Pearce, M. J., Boergers, J., & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity Research*, 10(5), 386–393. doi:10.1038/oby.2002.53

Peplau, L. A., Frederick, D. A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., & Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 713–725. doi:10.1007/s10508-008-9378-1

- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T., & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(28), 1–10. doi:10.1186/1753-2000-4-28
- Peuravaara, K. (2013). Theorizing the body: Conceptions of disability, gender and normality. *Disability & Society*, 28(3), 408-417, doi:10.1080/09687599.2012.710010
- Piaget, J. (2007). *Psychologie de l'intelligence*. Paris, France: Armand Colin.
- Pijl, S. J., Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2010). Students with special needs and the composition of their peer group. *Irish Educational Studies*, 29(1), 57–70. doi:10.1080/03323310903522693
- Prinstein, M. J., & Cillessen, A. H. N. (2003). Forms and functions of adolescent peer aggression associated with high levels of peer status. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(3), 310-342. doi:10.1353/mpq.2003.0015
- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117-127. doi:10.1016/j.beem.2012.12.002
- Raskauskas, J., & Stoltz, A. D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564–575. doi:10.1037/0012-1649.43.3.564
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A. B., Frost, A. K., & Lefkowitz, E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1155–1163. doi:10.1097/00004583-199311000-00007
- Reiss, S., & Havercamp, S. M. (1996). The sensitivity theory of motivation: Implications for psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 621-632. doi:10.1016/0005-7967(96)00041-1

- Reiss, S., & Havercamp, S. M. (1998). Toward a comprehensive assessment of fundamental motivation: Factor structure of the Reiss Profiles. *Psychological Assessment, 10*(2), 97-106. doi:10.1037/1040-3590.10.2.97
- Reiter, S., Bryen, D. N., & Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities, 11*(4), 371–387.
doi:10.1177/1744629507084602
- Reiter, S., & Lapidot-Lefler, N. (2007). Bullying among special education students with intellectual disabilities: Differences in social adjustment and social skills. *Intellectual and Developmental Disabilities, 45*(3), 174–181. doi:10.1352/19349556(2007)45-[174:BASESW]2.0.CO;2
- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (2018). *Le modèle*. Retrieved from <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Rieves, L., & Cash, T. F. (1996). Social developmental factors and women's body-image attitudes. *Journal of Social Behavior and Personality, 11*(1), 63–78. Retrieved from <https://search-proquest-com.acces.bibl.ulaval.ca/docview/1292265563?pq-origsite=gscholar>
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence, 23*(1), 57–68. doi:10.1006/jado.1999.0289
- Rigby, K., & Slee, P. T. (1991). Bullying among Australian school children: Reported behavior and attitudes toward victims. *The Journal of Social Psychology, 131*(5), 615–627.
doi:10.1080/00224545.1991.9924646
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 310–320. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/778c/23772cbe15870ed1285536ab064f86d2b7c0.pdf>

- Roland, E. (1989). Bullying: The scandinavian research tradition. In D. P. Tattum & D. A. Lane (Eds.), *Bullying in schools* (pp. 21–32). Stoke-on-Trent, Staffordshire, UK: Trentham.
- Rose, C. A., Monda-Amaya, L. E., & Espelage, D. L. (2011). Bullying perpetration and victimization in special education: A review of the literature. *Remedial and Special Education, 32*(2), 114–130. doi:10.1177/0741932510361247
- Rose, C. A., Swearer, S. M., & Espelage, D. L. (2012). Bullying and students with disabilities: The untold narrative. *Focus on Exceptional Children, 45*(2), 1–11. Retrived from https://www.researchgate.net/profile/Chad_Rose/publication/255982267_Bullying_and_Students_with_Disabilities_The_Untold_Narrative/links/00b7d5217a0548824c000000/Bullying-and-Students-with-Disabilities-The-Untold-Narrative.pdf
- Rose, C. A., Simpson, C. G., & Moss, A. (2015). The bullying dynamic: Prevalence of involvement among a large-scale sample of middle and high school youth with and without disabilities. *Psychology in the Schools, 52*(5), 515-531. doi:10.1002/pits.21840
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York, NY: Basic Books.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review, 60*(1), 141–156. doi:10.2307/2096350
- Rosen, L. H., & Patterson, M. M. (2011). The self and identity. In M. K. Underwood & L. H. Rosen (Eds.), *Social Development: Relationships in Infancy, Childhood and Adolescence*. New York, NY: Guilford Press.
- Rubbert, S., Bisnauth, R., & Offen, L. (2012). Establishing a body awareness group for adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities, 42*(1), 43-49.

doi:10.1111/bld.12008

Rumberger, R. W. (1995). Dropping out of middle school: A multilevel analysis of students and schools. *American Educational Research Journal*, 32(3), 583–625.

doi:10.3102/00028312032003583

Salaun, L., & Berthouze-Aranda, S. (2011). Obesity in school children with intellectual disabilities in France. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(4), 333–340. doi:10.1111/j.1468-3148.2010.00612.x

Salaun, L., Reynes, E., & Berthouze-Aranda S. E. (2014). Adapted physical activity programme and self-perception in obese adolescents with intellectual disability: Between morphological awareness and positive illusory bias. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 112–124. doi:10.1111/jar.12056

Sallafranque-St-Louis, F., & Normand, C. L. (2017). From solitude to solicitation: How people with intellectual disability or autism spectrum disorder use the internet. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 11(1), article 7. doi:10.5817/CP2017-1-7

Shakeshaft, C., Barber, E., Hergenrother, M., Johnson, Y. M., Mandel, L. S., & Sawyer, J. (1995). Peer harassment in schools. *Journal for a Just and Caring Education*, 1(1), 30-44.

Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.

doi:10.3102/00346543046003407

Sheard, C., Clegg, J., Standean, P., & Cromby, J. (2001). Bullying and people with severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(5), 407-415.

doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00349.x

Shetgiri, R., Espelage, D. L., & Carroll, L. (2015). *Practical Strategies for Clinical Management of Bullying*. Basel, Switzerland: Springer Briefs in Child Health. doi:10.1007/978-3-319-

- Scholte, R. H. J., Overbeek, G.J., ten Brink, G. D. M., Engels, R. C. M. E., & de Kemp, R. A. T. (2006). Slachtoffers van pesten en hun vrienden: een onderzoek naar de vriendschapsprotectiehypothese [Victims of bullying and their friends: A study on the friendship protection hypothesis]. *Tijdschrift Voor Orthopedagogiek [Journal of Special Education]*, *45*(10), 452–463.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Gkatsa, T., Magklara, K., Lewis, G., Araya, R., ... Mavreas, V. (2011). The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*, *11*(22), 1–9. doi:10.1186/1471-244X-11-22
- Smith, P. K. (2004). Bullying: Recent developments. *Child and Adolescent Mental Health*, *9*(3), 98–103. doi:10.1111/j.1475-3588.2004.00089.x
- Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R. F., & Liefoghe, A. P. D. (2002). Definitions of bullying: A comparison of terms used, and age and gender differences in a fourteen-country international comparison. *Child Development*, *73*(4), 1119–1133. doi:10.1111/1467-8624.00461
- Smith, P. K., del Barrio, C., Tokunaga, R. S. (2013). Definitions of bullying and cyberbullying: how useful are the terms? In S. Bauman, D. Cross & J. Walker (Eds.), *Principles of Cyberbullying Research: Definition, Measures, and Methodology* (pp. 26–40). New York, NY: Routledge.
- Smith, P. K., Talamelli, L., Cowie, H., Naylor, P., & Chauhan, P. (2004). Profiles of non-victims, escaped victims, continuing victims and new victims of school bullying. *British Journal of Educational Psychology*, *74*(4). 565-581. doi:10.1348/0007099042376427
- Smolak, L., & Thompson, J. K. (2009). Body image, eating disorders, and obesity in children and adolescents: Introduction to the second edition. In L. E. Smolak & J. K. Thompson (Eds.),

- Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment* (2nd ed.) (pp. 3–14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Solberg, M. E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus bully/victim questionnaire. *Aggressive Behavior, 29*(3), 239–268. doi:10.1002/ab.10047
- Sourander, A., Helstelä, L., Helenius, H. & Piha, J. (2000). Persistence of bullying from childhood to adolescence—a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 873-881. doi:10.1016/S0145-2134(00)00146-0
- Stager, S. F., Chassin, L., & Young, R. D. (1983). Determinants of self-esteem among labeled adolescents. *Social Psychology Quarterly, 46*(1), 3–10. doi:10.2307/3033655
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Stice, E., and Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology, 37*(5), 597–607. doi:10.1037//0012-1649.37.5.597
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 985-993. doi:10.1016/S0022-3999(02)00488-9
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669-678.
doi: 10.1037/0012-1649.38.5.669
- Storch, E. A., Zelman, E., Sweeney, M., Danner, G., & Dove, S. (2002). Overt and relational victimization and psychosocial adjustment in minority preadolescents. *Child Study Journal, 32*(2), 73-80.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2002). Body image issues among girls and women. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical*

Practice (pp. 183–191). New York, NY: The Guilford Press.

Susman, E. J., Dorn, L. D., & Fletcher, J. C. (1987). Reasoning about illness in ill and healthy children and adolescents: Cognitive and emotional developmental aspects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 8*(5), 266-273. doi:10.1097/00004703-198710000-00005

Swann, W. B. J., Chang-Schneider, C., & Larsen McClarty, K. (2007). Do our self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist, 62*(2), 84–94. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.84

Swearer, S. M., Collins, A., Radliff, K. H., & Wang, C. (2011). Internalizing problems in students involved in bullying and victimization. In D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in North American Schools* (2nd ed.) (pp.45-61). New York, NY: Routledge.

Swearer, S. M., Siebecker, A. B., Johnsen-Frerichs, L. A., & Wang, C. (2010). Assessment of bullying/victimization: The problem of comparability across studies and across methodologies. In S. R. Jimerson, S. M. Swearer, & D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of Bullying in Schools: An International Perspective* (pp.305-327). New York, NY: Routledge.

Swearer, S. M., Wang, C., Maag, J. W., Siebecker, A. B., & Frerichs, L. J. (2012). Understanding the bullying dynamic among students in special and general education. *Journal of School Psychology, 50*(4), 503–520. doi:10.1016/j.jsp.2012.04.001

Szivos-Bach, S. E. (1993). Social comparisons, stigma and mainstreaming: The self esteem of young adults with a mild mental handicap. *Mental Handicap Research, 6*(3), 217–236. doi:10.1111/j.1468-3148.1993.tb00054.x

Takeuchi, E. (1994). Incidence of obesity among school children with mental retardation in Japan. *American Journal on Mental Retardation, 99*(3), 283–288.

- Tassé, M. J., Belhumeur, C., Vandoni, C. M., & Maurice, P. (1996). La nouvelle définition du retard mental. *Revue québécoise de psychologie, 17*(1), 25-46.
- Tassé, M. J., & Morin, D. (2003). *La déficience intellectuelle*. Boucherville, QC: G. Morin.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation, 27*(2), 237-246. doi:10.1177/1098214005283748
- Thompson, J. K. (1991). Body shape preferences: Effects of instructional protocol and level of eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 193–198. doi:10.1002/1098-108X(199103)10:2<193::AID-EAT2260100208>3.0.CO;2-M
- Thompson, J. K., & Altabe, M. N. (1991). Psychometric qualities of the figure rating scale. *International Journal of Eating Disorders, 10*(5), 615–619. doi: 10.1002/1098-108X(199109)10:5<615::AID-EAT2260100514>3.0.CO;2-K
- Thompson, J. K., Fabian, L. J., Moulton, D. O., Dunn, M. E., & Altabe, M. N. (1991). Development and validation of the physical appearance related teasing scale. *Journal of Personality Assessment, 56*(3), 513–521. doi:10.1207/s15327752jpa5603_12
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tanleff-Dunn, S. (1999). *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10312-000
- Thomson, R., & Mckenzie, K. (2005). What people with a learning disability understand and feel about having a learning disability. *Learning Disability Practice, 8*(6), 28–32. doi:10.7748/ldp2005.07.8.6.28.c1635
- Thurman, A. J., & Fisher, M. H. (2015). The Williams syndrome social phenotype: Disentangling the contributions of social interest and social difficulties. *International Review of Research in Developmental Disabilities, 49*, 191–227. doi:10.1016/bs.irrdd.2015.06.002

- Tomori, M., & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health, 26*(5), 361–367. doi:10.1016/S1054-139X(98)00042-1
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology, 42*(2), 381–390. doi:10.1037/0012-1649.42.2.381
- Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Roberts, B. W., & Caspi, A. (2004). Personality and self-esteem development across the life span. In P. T. Costa, & I. C. Siegler (Eds.), *Recent Advances in Psychology and Aging* (pp.163-185). Amsterdam, Netherlands: Elsevier Science.
- U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. (2016). *Student Reports of Bullying: Results From the 2015 School Crime Supplement to the National Crime Victimization Survey* (NCES Publication No.2017-015). Retrieved from <https://nces.ed.gov/pubs2017/2017015.pdf>
- Vaillancourt, T., Brendgen, M., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2003). A longitudinal confirmatory factor analysis of indirect and physical aggression: Evidence of two factors over time? *Child Development, 74*(6), 1628-1638. doi:10.1046/j.1467-8624.2003.00628.x
- Vaillancourt, T., Duku, E., deCatanzaro, D., MacMillan, H., Muir, C., & Schmidt, L. A. (2008). Variation in hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity among bullied and non-bullied children. *Aggressive Behavior, 34*(3), 294-305. doi:10.1002/ab.20240
- Vaillancourt, T., Hymel, S., & McDougall, P. (2011). Why does being bullied hurt so much? Insight from neuroscience. In D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in North American Schools* (2nd ed.) (pp.23-33). New York, NY: Routledge.

- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'Estime de Soi de Rosenberg. [French-Canadian translation and validation of Rosenberg's Self-Esteem Scale]. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305–316. doi:10.1080/00207599008247865
- Vandebosch, H., & Van Cleemput, K. (2009). Cyberbullying among youngsters: Profiles of bullies and victims. *New Media & Society*, 11(8), 1349–1371. doi:10.1177/1461444809341263
- van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Are overweight and obese youths more often bullied by their peers? A meta-analysis on the relation between weight status and bullying. *International Journal of Obesity*, 38, 1263-1267. doi:10.1038/ijo.2014.117
- Vincent, M. A., & McCabe, M. P. (2000). Genre differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 205–221. doi: 10.1023/A:1005156616173
- Verlaan, P., Déry, M., & Boutin, S. (2012). Les conduites antisociales des filles : La question de l'agression indirecte. In J-P. Lemelin, M. A. Provost, G. M. Tarabulsky, A. Plamondon & C. Dufresne (Eds.), *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent: Applications pratiques et cliniques. Tome 2* (pp.407-434). Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Vessey, J. A., DiFazio, R. L., & Strout, T. D. (2013). Youth bullying: A review of the science and call to action. *Nursing Outlook*, 61(5), 337-345. doi:10.1016/j.outlook.2013.04.011
- Voors, W. (2003). *L'intimidation: Changer le cours de la vie de votre enfant*. Montréal, QC: Sciences et Culture.

- Wang, J., Iannotti, R. J., Luk, J. W., & Nansel, T. R. (2010). Co-occurrence of victimization from five subtypes of bullying: Physical, verbal, social exclusion, spreading rumors and cyber. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(10), 1103–1112. doi:10.1093/jpepsy/jsq048
- Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health, 45*(4), 368-375. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.03.021
- Wells, M., & Mitchell, K. J. (2013). Patterns of Internet use and risk of online victimization for youth with and without disabilities. *The Journal of Special Education, 48*(3), 204-213. doi:10.1177/0022466913479141
- Whitaker, S., & Read, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: An analysis of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19*(4), 330–345. doi:10.1111/j.1468-3148.2005.00293.x
- Wigderson, S., & Lynch, M. (2013). Cyber and traditional peer victimization: Unique relationships with adolescent well-being. *Psychology of Violence, 3*(4), 297–309. doi:10.1037/a0033657
- Williams, K. D., & Nida, S. A. (2009). Is ostracism worse than bullying? In M. J. Harris (Ed.), *Bullying, Rejection, & Peer Victimization: A Social Cognitive Neuroscience Perspective* (pp. 279–296). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Yamaki, K. (2005) Body weight status among adults with intellectual disability in the community. *Mental Retardation, 43*(1), 1–10. doi:10.1352/0047-6765(2005)43<1:BWSAAW>2.0.CO;2
- Ybarra, M. L., Boyd, D., Korchmaros, J. D., Oppenheim, J. (2012). Defining and measuring cyberbullying within the larger context of bullying victimization. *Journal of Adolescent Health 51*(1), 53–58. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.12.031

- Yoshioka, A., & Takeda, K. (2012). Body image and body shape perception of adolescents with intellectual disabilities compared to students without disabilities: Obesity. *Japanese Journal of Special Education, 49*(6), 755–768. doi:10.6033/tokkyou.49.755
- Zeedyk, S. M., Rodriguez, G., Tipton, L. A., Baker, B. L., & Blacher, J. (2014). Bullying of youth with autism spectrum disorder, intellectual disability, or typical development: Victim and parent perspectives. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*(9), 1173-1183. doi:10.1016/j.rasd.2014.06.001
- Zic, A., & Igrić, L. (2001). Self-assessment of relationships with peers in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*(3), 202-211. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00311.x

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE ADAPTÉ INTÉGRÉ

Questionnaire

Instructions :

- Nous lirons chacune des questions ensemble. Je te demanderai ensuite d'y répondre à l'aide de choix de réponses.
- Tu as tout le temps que tu veux pour réfléchir.
- Tu peux poser des questions ou demander qu'on répète s'il y a quelque chose que tu ne comprends pas.
- Toutes les réponses sont bonnes.
- Je veux connaître ton expérience et ta perception à toi.
- Tu peux prendre une pause ou arrêter ta participation à n'importe quel moment si tu n'as plus envie de participer ou si tu es fatigué(e).





Merci pour ton temps et ta participation!





1^{ère} partie : Estime de soi

Indique ton niveau d'accord avec chacune des phrases.

Pour répondre, tu dois placer un X dans la colonne qui correspond à ta réponse.

Les niveaux vont de **TOUT À FAIT EN DÉSACCORD** à **TOUT À FAIT EN ACCORD**.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
				
1. Je pense que j'ai de la valeur. Je suis aussi bon que les autres.				
2. Je pense que j'ai des qualités.				
3. Habituellement, j'ai tendance à croire que je ne suis pas bon(ne).				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5. J'ai peu de raisons d'être fier/fière de moi.				

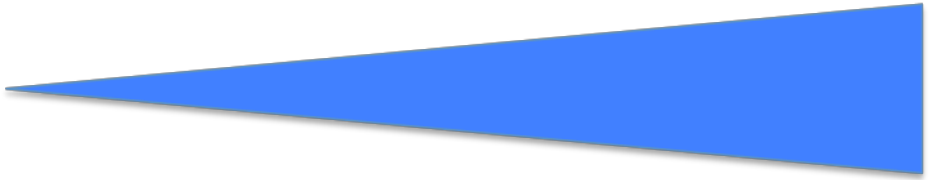
	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
				
6. Je trouve que je suis une personne correcte et je suis bien dans ma peau.				
7. Habituellement, je suis contente(e) de moi.				
8. J'aimerais me respecter plus.				
9. Parfois je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je ne suis pas bon(ne).				

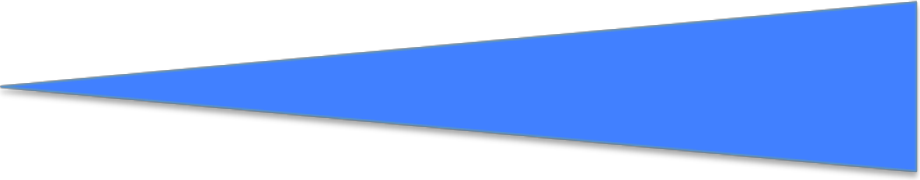
2^e partie : Image corporelle

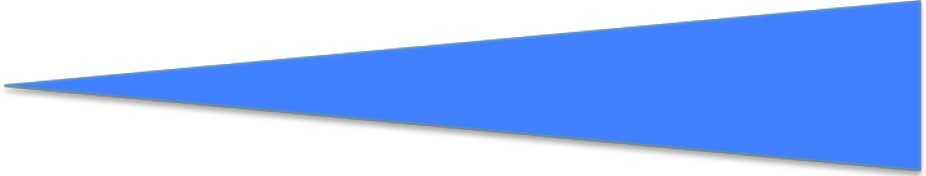
Indique à quelle **fréquence** tu es en accord avec les phrases suivantes.

Pour répondre, tu dois placer un X dans la colonne qui correspond à ce que tu penses.

Les niveaux vont de **JAMAIS** à **TOUJOURS**.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
					
1. J'aime mon allure en photos.					
2. Je suis fier/fère de mon corps.					
3. Je suis préoccupé(e) par le fait de prendre ou de perdre du poids.					
4. Quand je me regarde dans le miroir, j'aime ce que je vois.					
5. Si je pouvais, je changerais beaucoup de choses de mon apparence.					

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
					
6. Je suis satisfait(e) de mon poids.					
7. J'aimerais mieux paraître.					
8. J'aime mon poids.					
9. J'aimerais avoir l'apparence d'une autre personne.					
10. Je ne suis pas content(e) de mon apparence.					
11. Je suis assez heureux/heureuse de mon apparence.					
12. J'ai honte de ce que j'ai l'air.					
13. Quand je me pèse, ça me déprime.					

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
					
14. Mon poids me rend triste.					
15. Je pense souvent à mon apparence.					
16. Je pense que j'ai un beau corps.					
17. Mon apparence me plait.					

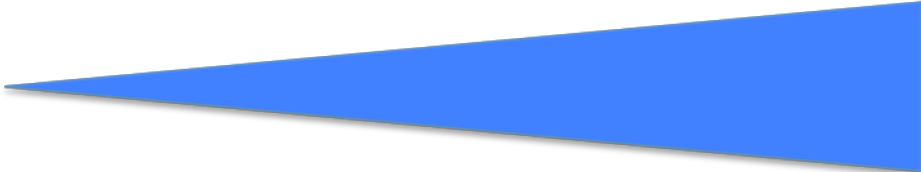
3^e partie : Intimidation

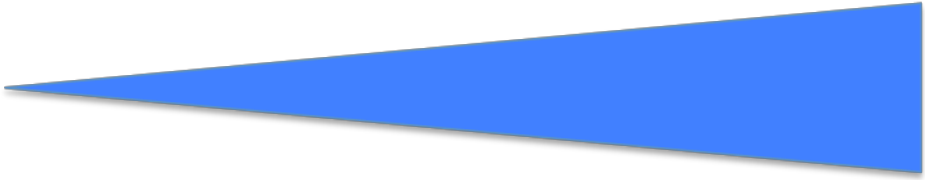
À propos des jeunes que tu côtoies...

A. Les relations avec les autres ne sont pas toujours faciles. Nous aimerions en savoir un peu plus sur ce que tu as vécu. Depuis le début de l'année scolaire, à quelle fréquence as-tu vécu chacune des situations suivantes à l'école?

Pour répondre, tu dois placer un X dans la colonne qui correspond à ce que tu penses.

Les niveaux vont de **JAMAIS** à **TRÈS SOUVENT**.

	Jamais	Rarement (une ou deux fois)	Souvent (une fois par semaine environ)	Très souvent (plus qu'une fois par semaine environ)
				
1. On m'a crié des noms, insulté ou dit des choses blessantes.				
2. On m'a empêché de faire partie d'un groupe dans lequel je voulais être.				
3. On m'a poussé, bousculé ou frappé.				
4. On a dit des choses blessantes dans mon dos aux autres élèves.				

	Jamais	Rarement (une ou deux fois)	Souvent (une fois par semaine environ)	Très souvent (plus qu'une fois par semaine environ)
				
5. On s'est moqué de moi, on a ri de moi.				
6. Je me suis fait «taxer» par les autres élèves (j'ai dû acheter la paix, donner des choses ou payer pour qu'on me laisse tranquille).				

B. **À quel moment** de la journée risques-tu **le plus** de te faire agacer, menacer ou agresser par un autre élève?

Pour répondre, tu dois placer un X dans la case (☐) qui correspond à ta réponse.

- Le matin, avant le début des cours ☐
- Pendant les récréations du matin ou de l'après-midi ☐
- Sur l'heure du diner ☐
- Après la fin des cours de l'après-midi ☐
- À tous ces moments ☐
- À aucun moment en particulier ☐
- Autres moments ☐

Si tu as répondu « Autres moments » Peux-tu me dire lequel?

C. **À quel endroit** te trouves-tu habituellement lorsque tu te fais agacer, menacer ou agresser par un autre élève?

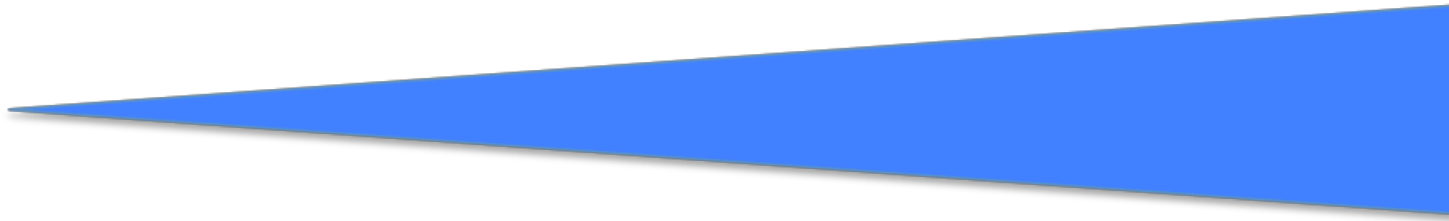
Pour répondre, tu dois placer un X dans la case () qui correspond à ta réponse.

- Dans la cour d'école
- Près des casiers des élèves
- Dans les corridors ou les escaliers
- Dans les toilettes des élèves
- À la cafétéria
- Dans le voisinage immédiat de l'école
Ex. les rues, parcs, arrêts d'autobus et autres lieux qui sont proches de ton école
- Dans le stationnement de l'école
- Dans l'autobus ou dans l'aire d'attente

D. Depuis le début de l'année scolaire, à quelle **fréquence** as-tu subi de la cyberintimidation (insultes, menaces, intimidation, etc.) sur Internet ou par cellulaire de la part d'autres jeunes?

Pour répondre, tu dois placer un X dans la case () qui correspond à ta réponse.

Jamais Une fois Quelques fois Souvent Très souvent



E. Qui sont les personnes qui t'ont fait vivre de la cyberintimidation sur Internet ou par cellulaire:

Pour répondre, tu dois placer un X dans la case () qui correspond à ta réponse.

- Des élèves de mon école
- D'autres jeunes qui ne vont pas à mon école
- Je ne l'ai jamais su
- Autre
 - Si tu as répondu "Autre", peux-tu m'en dire un peu plus sur ces personnes?

F. Lorsque tu as subi de la violence verbale ou physique, du harcèlement ou de la cyberintimidation, à quelle **fréquence** as-tu réagi de la façon suivante :

Pour répondre, tu dois placer un X dans la colonne qui correspond à ta réponse.

Les niveaux vont de **JAMAIS** à **TRÈS SOUVENT**.

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent
				
J'ai eu peur.				
J'ai eu de la peine.				
Je me suis senti(e) humilié(e).				
Ça m'a mis en colère.				
Je n'ai rien fait.				
Je me suis éloigné(e).				
J'ai demandé de l'aide à un adulte.				
J'ai demandé de l'aide à un ami.				
J'ai répliqué en m'exprimant avec des mots sans agressivité.				
J'ai répliqué avec des mots de façon agressive.				
J'ai répliqué physiquement de façon agressive.				

ANNEXE B

GRILLE D'ENTREVUE:
APPROFONDISSEMENT AVEC LE JEUNE

1^{ère} Partie : Estime de soi

1. Je pense que j'ai de la valeur. Je suis aussi bon que les autres.	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
<p>Qu'est-ce qui te fait penser que tu as moins de valeur que les autres?</p> <p>Depuis quand penses-tu comme cela?</p> <p>As-tu vécu une situation qui t'a fait penser que tu as moins de valeur que les autres?</p> <p>Si oui, veux-tu me la raconter?</p> <p>À quelle personne te compares-tu la plupart du temps?</p>	<p>Peux-tu me nommer des caractéristiques qui te font penser que tu es une personne qui a de la valeur ? Ou</p> <p>Pour quelles raisons as-tu de la valeur, selon toi?</p> <p>À quelle personne te compares-tu la plupart du temps?</p>

2. Je pense que j'ai des qualités.	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
<p>Qu'est-ce qui te fait penser que tu n'as pas de qualités?</p> <p>Depuis quand penses-tu comme cela?</p> <p>As-tu vécu une situation qui t'a fait penser que tu n'as pas de qualités?</p> <p>Si oui, veux-tu m'en parler?</p>	<p>Peux-tu me nommer tes trois plus belles qualités?</p>

3. Habituellement, j'ai tendance à croire que je ne suis pas bon(ne). *item inversé	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
<p>Qu'est-ce que ça veut dire être pas bon(ne) pour toi?</p> <p>Pourquoi penses-tu que tu es bon(ne)?</p> <p>Selon toi, comment appelle-t-on une personne qui n'est pas « pas bon(ne) »?</p> <p>Est-ce que tu te décrirais comme un(e)</p>	<p>Qu'est-ce que ça veut dire être pas bon(ne) pour toi?</p> <p>Pour quelles raisons crois-tu que tu n'es pas bon(ne)?</p> <p>As-tu vécu une situation qui t'a fait penser que n'es pas bon(ne)?</p> <p>Si oui, veux tu m'en parler?</p>

[mot choisi pour définir l'inverse de pas bon] toi?	
---	--

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.

Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Peux-tu me nommer des choses que tu réussis moins bien que les autres?	Peux-tu me nommer des choses que tu réussis bien?
Comment te sens-tu quand tu ne réussis pas une de ces choses (utiliser un exemple rapporté)?	Comment te sens-tu quand tu réussis bien une de ces choses (utiliser un exemple rapporté)?

5. J'ai peu de raisons d'être fier/fière de moi.
*item inversé

Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Peux-tu me nommer des choses qui te rendent fier/fière de toi?	Cela fait longtemps que tu penses ça?
Peux-tu me raconter un moment où tu t'es senti(e) très fier/fière de toi?	Est-ce qu'une situation qui t'es arrivée te fait croire que tu ne devrais pas être fier/fière de toi?
	Si oui, peux tu me la raconter?

6. Je trouve que je suis une personne correcte et je suis bien dans ma peau.

Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Qu'est-ce qui fait que tu penses que tu n'es pas une personne correcte?	Qu'est-ce qui fait que tu penses que tu es une personne correcte?
Quelles sont les caractéristiques/mots qui te viennent en tête quand tu penses à toi? Ou À quels mots tu penses quand tu penses à toi?	Quelles sont les caractéristiques/mots qui te viennent en tête quand tu penses à toi? Ou À quels mots tu penses quand tu penses à toi?
Depuis quand penses-tu comme cela?	Depuis quand penses-tu comme cela?
As-tu vécu une situation qui t'a fait croire que tu n'es pas une personne correcte?	
Si oui, veux-tu m'en parler?	

7. Habituellement, je suis content(e) de moi.	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Peux-tu me nommer des choses qui font que tu n'es pas content(e) de toi?	Qu'est-ce qui te rend content(e) de toi? Peux-tu me nommer des choses qui te rendent content(e) de toi?

8. J'aimerais me respecter plus. *item inversé	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Qu'est-ce que ça veut dire pour toi se respecter soi-même? Pour quelles raisons dis-tu que tu as du respect pour toi-même? Comment exprimes-tu ce respect que tu as envers toi-même? Peux tu me donner des exemples de choses que tu fais ou que tu dis qui veulent dire que tu as du respect pour toi-même ?	Qu'est-ce que ça veut dire pour toi se respecter soi-même? Pour quelles raisons dis-tu que tu ne te respectes pas assez toi-même? As-tu plus de respect pour les autres? Comment exprimes-tu ce respect que tu as envers toi? Peux tu me donner des exemples de choses que tu fais ou que tu dis qui veulent dire que tu as du respect pour toi-même?

9. Parfois je me sens vraiment inutile. *item inversé	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Ne pas questionner davantage	Peux-tu me donner des exemples de situations où tu te sens inutile? Qu'est-ce qui se passe dans ta tête quand tu te sens inutile (utiliser un exemple rapporté)?

10. Il m'arrive de penser que je ne suis pas bon(ne). *item inversé	
Rép. : 1 ou 2 (non)	Rép. : 3 ou 4 (oui)
Peux-tu me donner des exemples de situations qui te font sentir que tu es bon(ne)? Peux-tu me donner des exemples de situations qui te font sentir que tu es un(e) pas bon(ne) ?	Peux-tu me donner des exemples de situations qui te font sentir que tu n'es pas bon(ne)? Peux-tu me donner des exemples de situations où tu sens que tu es bon(ne)?

2^e Partie: Image corporelle

1. J'aime mon allure en photos.	(A)-Général
Ne pas questionner davantage	

2. Je suis fier/fière de mon corps.	(A)-Sentiment
Ne pas questionner davantage	

3. Je suis préoccupé(e) par le fait de prendre ou de perdre du poids. *item inversé	(P)- Modification
Ne pas questionner davantage	

4. Quand je me regarde dans le miroir, j'aime ce que je vois.	(A)-Général
Ne pas questionner davantage	

5. Si je pouvais, je changerais beaucoup de choses de mon apparence. *item inversé	
Rép. : <u>Rarement</u>	Rép. : Souvent, toujours
	Quelle(s) partie(s) de ton corps aimerais-tu changer? Ou Qu'est-ce que tu changerais de ton corps si tu le pouvais?
	Pour quelle raison aimerais-tu changer cette/ces partie(s) de ton corps?
	Si cette/ces parties de ton corps étaient différente(s), qu'est-ce qui changerait dans ta vie ?

6. Je suis satisfait(e) de mon poids.	
(P)-Général	
Rép. : Jamais, rarement	Rép. : Souvent, toujours
Aimerais-tu prendre ou perdre du poids?	
Pour quelles raisons aimerais-tu changer ton poids?	
Si ton poids était différent, qu'est-ce qui changerait dans ta vie? Ou Si tu avais le poids que tu désires, qu'est-ce que cela	

changerait dans ta vie?	
7. J'aimerais mieux paraître. *item inversé	(A)-Général
Rép. : Jamais, rarement	Rép. : Souvent, toujours
	<p>Pourquoi penses-tu que tu ne parais pas bien?</p> <p>Pourquoi aimerais-tu mieux paraître?</p> <p>Si tu paraissais mieux, qu'est-ce qui changerait dans ta vie? Ou Si tu avais l'apparence que tu désires, qu'est-ce que cela changerait dans ta vie?</p>
8. J'aime mon poids.	(P)-Général
Rép. : Jamais, rarement	Rép. : Souvent, toujours
Ne pas questionner davantage	
9. J'aimerais avoir l'apparence d'une autre personne. *item inversé	(A)-Comparaison
Rép. : Rarement	Rép. : Souvent, toujours
	<p>À qui aimerais-tu ressembler?</p> <p>Qu'est-ce que cette personne a de différent de toi?</p> <p>Si tu avais l'apparence de [nom rapporté], qu'est-ce qui changerait? Ou Si tu avais l'apparence de [nom rapporté], qu'est-ce que cela changerait dans ta vie?</p>
10. Je ne suis pas content(e) de mon apparence. *item inversé	(A)-Sentiment
Rép. : Jamais, rarement	Rép. : Souvent, toujours
Ne pas questionner davantage	
11. Je suis assez heureux/heureuse de mon apparence.	(A)-Sentiment
Ne pas questionner davantage	
12. J'ai honte de ce que j'ai l'air. *item inversé	(A)-Sentiment

Ne pas questionner davantage

13. Quand je me pèse, ça me déprime. (P)-Sentiment
*item inversé

Ne pas questionner davantage

14. Mon poids me rend triste. (P)-Sentiment
*item inversé

Rép. : Jamais, rarement

Rép. : Souvent, toujours

Souhaiterais-tu prendre ou perdre du poids?

Pour quelles raisons ton poids te rend-t-il triste?

Si ton poids était différent, qu'est-ce qui changerait dans ta vie? **Ou** Si tu avais le poids que tu désires, qu'est-ce que cela changerait dans ta vie?

15. Je pense souvent à mon apparence. (A)-Général
*item inversé

Ne pas questionner davantage

16. Je pense que j'ai un beau corps. (A)-Général
*item inversé

Ne pas questionner davantage

17. Mon apparence me plait. (A)-Général
*item inversé

Ne pas questionner davantage

Légende des sous-échelles

A=Apparence

P=Poids

Catégorie

Général

Sentiment

Comparaison

Modification

Partie C : Intimidation

Section A du questionnaire - Depuis le début de l'année scolaire, à quelle fréquence as-tu vécu chacune des situations suivantes à l'école?

→ Poser la question lorsque la réponse = **Souvent ou très souvent**

1. On m'a crié des noms, insulté ou dit des choses blessantes.
Comme quoi? Peux-tu me raconter comment ça s'est passé?

2. On m'a empêché de faire partie d'un groupe dans lequel je voulais être.
De quel groupe voulais-tu faire partie? Quand cela s'est-il passé? Qu'est-ce qui s'est passé? Qu'est-ce qui te donnait envie de faire partie de ce groupe? Qui a refusé que tu fasses partie du groupe? Qu'est-ce que les gens t'ont dit pour te faire comprendre que tu ne ferais pas partie du groupe? Pour quelles raisons crois-tu qu'ils ne voulaient pas que tu sois dans leur groupe?

3. On m'a poussé, bousculé ou frappé.
Peux-tu me raconter un moment où c'est arrivé? Pour quelles raisons ces jeunes t'ont attaqué? Dans quelles circonstances? Est-ce qu'une personne a pris ta défense?

4. On a dit des choses blessantes dans mon dos aux autres élèves.
Comme quoi? Comment tu as su que ces personnes disaient des choses sur toi? Et toi, que penses-tu de ces choses qu'ils ont dites?

5. On s'est moqué de moi, on a ri de moi.
Quand? Qu'est-ce qui s'est passé? De quoi les autres se moquaient-ils? Et toi, que penses-tu des moqueries qu'ils ont dites?

6. Je me suis fait «taxer» par les autres élèves (j'ai dû acheter la paix, donner des choses ou payer pour qu'on me laisse tranquille).
--

Peux-tu m'en dire un peu plus sur ce qui s'est passé?
Et toi, pourquoi penses-tu qu'ils ont voulu te prendre ton/ta [l'objet]?

Section D du questionnaire - Depuis le début de l'année scolaire, à quelle fréquence as-tu subi de la cyberintimidation (insultes, menaces, blagues méchantes, etc.) sur Internet ou par téléphone cellulaire de la part d'autres jeunes.

→ Poser les questions lorsque la réponse = **Quelques fois, souvent ou très souvent**

Quand?

Qu'est-ce qui s'est passé?

Sur quel aspect de toi les autres t'ont insulté?

Ou

Qu'est-ce que les autres jeunes ont dit sur toi (ou t'ont dit)?

ANNEXE C

GRILLE D'ENTREVUE:
RÉCIT DE VIE AVEC LE PARENT

Nom du jeune :

Âge :

Date de naissance :

Nom du parent :

Date de la rencontre :

1. Portrait de la famille

J'aimerais d'abord apprendre à vous connaître un peu plus, vous et votre famille. Nous parlerons de [NOM] et de son développement dans la suite de l'entrevue.

- À quel groupe d'âge appartenez-vous?
 - Moins de 20 ans
 - 20-34 ans
 - 35-49 ans
 - 50-64 ans
 - 65 ans et plus
- Dans quel domaine travaillez-vous? Quelle est votre profession?
- Quel niveau d'études avez-vous complété?
- Qui sont les personnes qui habitent sous votre toit? (âge, sexe, prénom) Tracer génogramme
- Avez vous actuellement un conjoint/une conjointe?
- Est-ce que votre conjoint actuel est le père de votre/vos enfants? Est-il le père de [NOM]?

2. Portrait du jeune

Maintenant, nous allons nous concentrer davantage sur votre jeune.

- Pouvez-vous me parler de [NOM] et de son développement au cours des années?
 - Physique
 - Social
 - Tempérament
 - Intellectuel
- Par le passé, vous arrivait-il de comparer [NOM] aux autres enfants de son âge?
- Est-ce qu'à ce moment vous observiez certaines choses qui vous laissaient croire que le développement de votre enfant était différent?
- À quel moment avez-vous constaté qu'il semblait y avoir une difficulté ou un retard dans le développement de [NOM]?
- Qui avez-vous consulté?
- Vous souvenez-vous quelles évaluations ont été faites?

- Est-ce qu'un ou des diagnostic(s) ont été posés?
 - Quel âge avait [NOM]?
- Comment avez-vous reçu cette nouvelle?
- Comment ont réagi vos proches?
- Comment avez-vous obtenu de l'information et des services?

3. 13 à 16 ans (École secondaire)

J'ai maintenant quelques questions qui portent sur la période allant de 13 à 16 ans. (Si cela s'applique) Dans la prochaine section de l'entrevue nous parlerons de [NOM] de l'âge de 16 ans à aujourd'hui.

- Comment décrieriez-vous [NOM] aujourd'hui? (si période actuelle)
- Pouvez-vous me parler de l'adaptation de [NOM] à l'école secondaire?
- Dans quel milieu d'enseignement est/était-il inscrit?
- Quel cheminement scolaire réalise/ a réalisé votre jeune?
- Comment ça va / allait à l'école secondaire?
 - Qu'est-ce que votre jeune aime/aimait le plus à l'école?
 - Qu'est-ce que votre jeune aime/aimait le moins à l'école?
- Est-ce que [NOM] participe/participait à des activités parascolaires?
- Comment [NOM] réussit/réussissait à l'école et dans ses autres activités?
- Est-ce que [NOM] participe/participait aux activités sociales de l'école secondaire (danse, sortie de classe, conseil étudiant)?
- Comment se passent/passaient ses relations avec ses camarades d'école?
- Est-ce que [NOM] a/avaient des amis?
 - De l'école
 - Du quartier
 - Autre
- Est-ce qu'il lui arrive/arrivait de faire des activités avec eux à l'extérieur de l'école (par. ex appeler un ami la fin de semaine)?
- Est-ce que [NOM] est/était parfois invité aux fêtes de ses amis?
- À votre connaissance, est-ce que [NOM] a déjà eu un(e) amoureux/se?
- Comment cette relation s'est-elle passée ou se passe-t-elle?
- D'après vous, est-ce que certains éléments de cette période auraient pu/pourraient contribuer (de façon positive ou négative) à l'estime de soi ou à l'image corporelle de [NOM]?
- Est-ce que certains événements survenus pas le **passé** auraient pu contribuer (de façon positive ou négative) à l'estime de soi ou à l'image corporelle de [NOM]?
- Est-ce que [NOM] a été victime d'intimidation? De moquerie? D'exclusion?
 - À l'école?
 - À l'extérieur de l'école?

- En ligne?
 - Sur une échelle de 0 à 10, 10 étant *mon enfant est fréquemment intimidé, exclu ou visé par des moqueries, il en parle à tous les jours et il est très affecté par la situation* et 0 étant *il n'est jamais intimidé, exclu ou visé par des moqueries*, comment qualifieriez-vous l'intensité de ce qui a été vécu par votre enfant?
-

4. 16 ans à aujourd'hui

Nous en sommes maintenant à la dernière section de l'entrevue qui concerne la période allant de 16 ans à aujourd'hui.

- Comment décrieriez-vous [NOM] aujourd'hui? (si période actuelle)
- Quel est le milieu d'enseignement fréquenté par [NOM] actuellement?
 - Comment s'est déroulée son adaptation dans ce milieu? (si milieu différent de la période 13-16 ans)
- Comment ça va en général dans cet établissement d'enseignement?
 - Qu'est-ce que [NOM] aime le plus?
 - Qu'est-ce que [NOM] aime le moins?
- Comment se passent ses relations avec ses collègues de classe?
- Est-ce que [NOM] participe à des activités parascolaires?
- Est-ce que [NOM] participe à d'autres activités sociales organisées par l'établissement?
- Comment [NOM] réussit à l'école et dans ses autres activités?
- Est-ce que [NOM] a des amis?
 - Est-ce que ce sont des amis de longue date? (amis rencontrés à l'âge du primaire, du secondaire, plus tard?)
 - Dans quel contexte [NOM] a-t-il développé ces amitiés? (école, activité, communauté, amis communs, emploi, Internet)
- Est-ce qu'il lui arrive de faire des activités avec des amis à l'extérieur de l'école ou du travail (p.ex. : appeler un ami pour faire une sortie)?
- À votre connaissance, est-ce que [NOM] a déjà eu ou a un(e) amoureux/se?
- Comment cette relation s'est-elle passée ou se passe-t-elle?
- D'après vous, est-ce que certains éléments actuels pourraient contribuer (de façon positive ou négative) à l'estime de soi ou à l'image corporelle de [NOM]?
- Est-ce que [NOM] est ou a été victime d'intimidation? De moquerie? D'exclusion?
 - À l'école?
 - À l'extérieur de l'école?
 - En ligne?
- Sur une échelle de 0 à 10, 10 étant *mon enfant est fréquemment intimidé, exclu ou visé par des moqueries, il en parle à tous les jours et il est très affecté par la situation* et 0

étant il n'est jamais intimidé, exclu ou visé par des moqueries, comment qualifieriez-vous l'intensité de ce qui a été vécu par votre enfant?

Merci beaucoup!!!

Génogramme :



Notes :

