

Idéation suicidaire et dévalorisation de soi à l'adolescence.

N. Oubrayrie-Roussel et C. Safont-Mottay

Ce travail a été présenté au 43^{ème} Congrès de la Société Suisse de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Symposium International, Lausanne, 6-8 Avril 2000.

I. Résumé

Cette recherche se centre sur le rôle fonctionnel de l'estime de soi dans la genèse des réactions dépressives et suicidaires des adolescents. La population d'étude est composée de 2000 élèves, âgés de 13 à 20 ans, fréquentant les collèges et les lycées d'un département rural du Sud-Ouest de la France. Ces élèves ont répondu, en situation collective, à une échelle d'estime de soi et à un questionnaire individuel relatif au mal-être et aux troubles du comportement des adolescents. La scolarité, l'environnement familial et relationnel, la santé mentale et physique, le recours au système de soins, la consommation de produits (alcool, drogue, médicaments) et les violences sont autant de thèmes investigués.

Une analyse multivariée nous permet de mieux comprendre les rapports existants entre les différents indicateurs de mal-être, l'idée du suicide et la valorisation de soi.

Le contrôle de soi émotionnel et l'image corporelle sont les principaux indicateurs de l'idéation suicidaire. De plus, nos résultats permettent de préciser les différences de genre fréquemment observées à propos des signes de dépressivité et des modes de réactions aux situations stressantes (ici le cadre scolaire).

II. Introduction :

L'enfant qui entre dans le temps de l'adolescence traverse nécessairement une période de bouleversements sans précédent. Les transformations corporelles ainsi que les

réaménagements psychiques et interpersonnels entraînent un remaniement profond de son identité enfantine et mobilisent une énergie considérable. Ainsi, la fatigue, l'anxiété mais aussi des moments de dépressivité constituent des états couramment observés chez l'adolescent et n'engendrent pas de diagnostic pathologique s'ils demeurent contenus et modérés.

Pour la majorité des adolescents, ce temps de métamorphose s'assimile à une turbulence développementale passagère. Pour d'autres, la turbulence s'installe dans la durée et se transforme en surface de projection et de révélation de difficultés psychologiques et relationnelles aiguës.

L'adolescent va exprimer son mal-être - passager ou durable - dans ses différents lieux de vie, et l'institution scolaire peut être considérée comme le lieu d'expression particulier de ses difficultés, puisqu'il y consacre beaucoup de son temps.

Comment pourrait-on exploiter ce lieu d'observation "naturel" qu'est l'école, dans le cadre d'un projet de prévention des conduites à risque susceptibles d'évoluer vers des troubles du comportement ? Et, plus particulièrement, comment repérer des indicateurs de malaises personnels ou familiaux liés au désir suicidaire ?

Nous proposons d'articuler une lecture épidémiologique du mal-être psychologique de l'adolescent scolarisé avec la dimension évaluative de l'identité personnelle : son estime de soi.

III. Méthodologie

Nous nous interrogeons ici sur le rôle fonctionnel de l'estime de soi dans la genèse des réactions dépressives et suicidaires des adolescents. En effet, pour Harter (1986, 1987, 1989) l'estime de soi agit sur l'ensemble des états affectifs et des motivations de l'individu. Généralement, une image de soi positive est indispensable pour favoriser et maintenir le bien-être psychologique du sujet ainsi que son adaptation aux changements. Ainsi, une faible estime de soi et une vision négative de soi-même sont des corrélats de la dépression (Harter, 1994).

Nous cherchons dans cette étude à mettre en évidence les effets de la dévalorisation de soi sur la manifestation de certaines conduites autodestructrices comme le suicide. Plus exactement, nous nous centrons ici sur l'idéation suicidaire. La conception actuelle tend en effet, à considérer qu'idées de suicide, tentative de suicide et suicide ne sont pas des entités distinctes répondant à des problématiques différentes, mais qu'elles s'inscrivent dans un continuum de conduites de gravité croissante renvoyant à des déterminismes communs (Chabrol, 1984).

3.1. Population de l'étude :

Cette recherche porte sur un échantillon représentation de 2157 élèves âgés de 11 à 20 ans, scolarisés dans les Collèges, Lycées d'enseignements généraux, Lycées Professionnels et Ecole Régionale d'Enseignement Adapté du secteur public d'un département rural du sud-ouest de la France.

Sexe	Age			Total
	11-13 ans	14-17 ans	18-20 ans	
Garçons	256	512	277	1045
Filles	306	560	246	1112
Total	562	1072	523	2157

Tableau n°1 : Répartition de la population selon l'âge et le sexe

Le recueil des questionnaires a été effectué par le personnel infirmier, médical ou social de chaque établissement. Cette enquête a été réalisée en collaboration avec le Service infirmier et

médical de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'inspection académique du département.

3.2. Outils d'investigation : deux questionnaires

Un premier questionnaire vise à appréhender le mal-être des adolescents. Il comporte 48 questions inspirées des travaux de Choquet et Ledoux (1994). Six questions concernent la dépressivité et l'idée du suicide : sentiment d'isolement - ennui- énervement - éveil nocturne - prise de médicaments - idées de suicide.

Un deuxième instrument permet d'évaluer le niveau d'estime de soi des sujets. L'Échelle Toulousaine d'Estime de Soi (ETES) (Oubrayrie, de Léonardis et Safont, 1994 ; Sordes-Ader, Lévêque, Oubrayrie et Safont-Mottay, 1997), permet d'obtenir un score d'estime de soi qui témoigne de la perception plus ou moins positive que le sujet a de lui-même. L'échelle se compose de 48 affirmations sur soi auxquelles le sujet doit répondre par oui ou par non. L'ensemble des items renvoie à quatre dimensions de l'estime de soi : le soi scolaire, soi social, le soi physique et le soi émotionnel. Les trois premières dimensions sont classiquement prises en compte par les échelles d'estime de soi. La spécificité de l'instrument utilisé est la prise en considération de l'estime de soi liée au contrôle des émotions, domaine rarement étudié même si on le retrouve en filigrane dans des sous-échelles "soi personnel".

IV. Analyses des résultats.

4.1. Etude la fréquence des indicateurs de dépressivité et de l'idéation suicidaire.

Même si les idées de suicides sont fréquentes à l'adolescence, tous les jeunes n'éprouvent pas pour autant des idées suicidaires. Cependant ces idées de suicides sont souvent concomitantes à des troubles de la santé qui peuvent être des signes de dépressivité (fatigue, nervosité, isolement, troubles du sommeil, prise de médicaments, troubles alimentaires....).

Cette première étude rend compte de la répartition en pourcentage des réponses des sujets interrogés quant à l'évaluation de leur mal-être lié à des indicateurs de dépressivité susceptibles de prédire l'idéation suicidaire.

Indicateurs de dépressivité et idées de suicide	% de réponse
se sentir en forme	85 %
se sentir énervé	50 %
se sentir isolé	19 %
s'éveiller la nuit	32 %
prise de médicaments	8 %
si médicaments % prescrit	6 %
se sentir triste à mourir	33 %

Tableau n° 2 : Indicateurs de dépressivité et de l'idéation suicidaire

Dès les premiers constats un paradoxe surgit. D'une part, les adolescents semblent globalement aller bien : ils présentent une image de bonne santé dans la mesure où ils déclarent ne pas consommer de médicaments (92% d'entre eux), se sentir en forme (85%) et ne pas souffrir d'isolement social (81%). Pourtant, 50% se décrivent énervés, 32% témoignent d'éveil nocturne. Et surtout, nous dénombrons 33% d'élèves qui déclarent avoir des idées de suicide. Ce pourcentage élevé témoigne de l'accroissement de l'idéation suicidaire à l'adolescence ces dernières années. En effet, si l'on se réfère à différentes études menées au Québec et en France, jusque dans les années 1990 le pourcentage de réponses de ce types ne dépassait pas les 15 % (Côté, Pronovost et Ross, 1990 ; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988 ; INSERM, 1990). En revanche, des études plus récentes ont révélé des pourcentages sont beaucoup plus élevés. Ainsi, pour Choquet et Ledoux (1994) le pourcentage s'élève, tout sexe confondu, à 46% des adolescents âgés de 11 à 19 ans. Nos résultats, moins pessimistes à

propos du désir suicidaire, pourraient être lié aux caractéristiques socio-démographiques du département rural dans lequel a eu lieu l'étude. Pommereau (1996) rappelle que, contrairement au suicide qui est sur-représenté chez les individus issus de régions rurales, les jeunes gens suicidants vivent principalement en zones urbaines.

4.2. Analyse univariée des indicateurs de dépressivité, des idées de suicide selon l'âge et le genre.

- 4.2.1 Dépressivité, idée de suicide et âge des adolescents.

Nous avons procédé à un croisement de variables à l'aide du Test d'indépendance du Khi-deux de Pearson. Les adolescents ont été regroupés en trois classes d'âge : les 11-13 ans (26%), les 14-17 ans (50%) et les 18-20 ans (24%).

Indicateurs dépressivité et idée de suicide	11.13 ans %	14-17 ans %	18-20 ans %	Khi-deux	Seuil
se sentir en forme	89	85	80	14.52	.000
se sentir énervé	44	51	53	9.95	.02
se sentir isolé	21	20	17	2.73	NS
s'éveiller la nuit	34	31	33	2.25	NS
prise de médicaments	6	8	8	1.70	NS
se sentir triste à mourir	26	34	38	18.7	.000

Tableau n°3 : Répartition selon l'âge des indicateurs de dépressivité

Nous relevons des liaisons significatives entre l'âge et deux des indicateurs de la dépressivité que nous avons choisi. Notons tout d'abord une liaison significative entre l'âge et la réponse "se sentir en forme" (khi-deux = 15,83; $p < .001$). Parmi les 20% d'élèves qui déclarent "ne pas se sentir en forme" les plus âgés d'entre-eux (18-20 ans) sont significativement sur-représentés.

En outre, nous remarquons une liaison significative entre l'âge et l'idée du suicide (khi-deux=18.7, $p < .000$). Ce sont surtout les adolescents de 11-13 ans qui déclarent ne pas être tristes au point de penser à mourir. Ils se distinguent des 18-20 ans chez qui on relève un nombre de réponses évoquant l'idée de suicide significativement plus élevé.

Il s'avère donc ici que ce sont à chaque fois les plus âgés qui sont les plus en difficultés. Dans notre échantillon, les plus âgés sont les élèves pour lesquels la question de l'insertion

professionnelle risque d'être la plus délicate (échec scolaire). On peut également penser que ces jeunes adultes se sentent moins bien dans l'institution scolaire que leurs camarades de 11-13 ans. Ceci est confirmé par le taux de réponses du type "je viens au collège/lycée avec plaisir" plus fréquentes chez les plus jeunes et plus rares chez les plus âgés (khi-deux= 20,23, $p < .0001$).

- 4.2.2 Dépressivité, idées de suicide et genre.

L'analyse des khi-deux, rapportée ci-dessous, met en évidence des liaisons significatives entre l'ensemble des indicateurs de dépressivité, les idées de suicide et le genre.

Présence des Indicateurs de dépressivité et idée de suicide	Filles n=1112 % de réponses	Garçons n=1045 % de réponses	Khi-deux (à 3ddl)	seuil
se sentir en forme	82 %	87%	11,42	.000
se sentir énervé	57%	43%	43,48	.000
se sentir isolé	23%	15%	23,17	.000
s'éveiller la nuit	37%	27%	22.17	.000
prise de médicaments	9%	6%	6.02	.005
se sentir triste à mourir	40%	25%	88.56	.000

Tableau n°4 : Répartition selon le sexe des indicateurs de dépressivité

Les filles apparaissent comme beaucoup plus concernées que les garçons les idées de suicide. De même que dans certaines enquêtes menées par l'INSERM (cf. Bardet, 1998) auprès d'adolescents, la proportion de filles qui pensent au suicide est comprise entre 40 et 50 % et celle des garçons est comprise entre 20% et 30%. De plus, on note ici qu'elles se sentent moins en forme que les garçons, plus énervées, plus isolées, s'éveillent plus fréquemment la nuit, prennent plus de médicaments pour lutter contre la nervosité et l'éveil nocturne et évoquent pratiquement deux fois plus souvent que les garçons une grande tristesse associée à des idées de suicide. Ces résultats concordent donc avec de nombreux travaux (Choquet, Ledoux et Menke, 1987 ; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988 ; Choquet et Ledoux, 1994 ; Harrington et Wood, 1994 ; Garnefski et Dieckstra, 1995...) qui ont montré à plusieurs reprises que l'expression d'un vécu dépressif est plus fréquente chez les filles que chez les garçons (idée de suicide, ennui, cafard, envie de pleurer...). Ces études ont montré que selon

le sexe, une prédominance différentielle des troubles existe. Ainsi, les garçons consomment fréquemment de l'alcool, du tabac et des drogues licites ou illicites. Ils réagissent aussi par des expressions physiques de violences et des actes délictueux. Nous retrouvons dans notre échantillon d'étude la même prédominance.

4.3. Analyse univariée des indicateurs de l'estime de soi en fonction de l'âge et du sexe.

Selo Arnoux (1999, 73), « *d'un point de vue symptomatique, les signes dépressifs à l'adolescence sont principalement la perte d'estime de soi, les tendances autopunitives et auto-agressives* ». La faiblesse de l'estime de soi se retrouve ainsi associée à bon nombre de troubles dépressifs comme l'angoisse de séparation, d'abandon, les phobies mais aussi à des comportements antisociaux comme les bagarres, les vols et les fugues et les consommation de toxiques.

- 4.3.1 Comparaison de moyennes des différentes sous-dimensions de l'estime de soi selon âge des adolescents :

Estime de soi	11-13 (moyenne)	14-17 (moyenne)	18-20 (moyenne)	seuil
Soi émotionnel	7,8	7,6	7,4	NS
Soi social	8,7	8,9	9,04	.02
Soi scolaire	7,6	6,8	6,8	.0000
Soi physique	8,5	8,3	8,4	NS

Tableau n°5 : Variations de l'estime de soi en fonction de l'âge

L'appréciation de soi varie avec l'âge au niveau du soi scolaire et du soi social. Les plus jeunes ont une meilleure estime d'eux-mêmes dans le domaine scolaire et inversement plus les élèves sont âgés et plus leur score pour le soi social augmente. Pour les autres dimensions du soi nous n'observons pas de différences significatives.

- 4.3.2 Comparaison de moyennes des différentes sous-dimensions de l'estime de soi selon le genre :

Estime de soi	Garçons (moyenne)	Filles (moyenne)	seuil
Soi émotionnel	8,22	7,01	.0000
Soi social	8,86	8,85	NS
Soi scolaire	7,12	6,87	.04
Soi physique	9,26	7,55	.0000

Tableau n° 6 : Variations de l'estime de soi en fonction du genre

Les filles ont des moyennes significativement inférieures à celles des garçons pour le soi global ($p < .000$), le soi émotionnel ($p < .000$) et le soi physique ($p < .000$), ce qui laisse supposer une relation entre le contrôle émotionnel et l'image du corps. La plus grande valorisation de l'image corporelle des garçons, quel que soit l'âge, témoigne des différences entre les sexes dans la manière de vivre et de ressentir les changements corporels de l'adolescence (Oubrayrie, Safont, et de Léonardis, 1991 ; Oubrayrie, 1992 ; Safont, 1992). Ces résultats vont dans le sens de nombreuses études, faites à l'aide de diverses échelles d'estime de soi (notamment celles de Simmons et Rosenberg, 1975 ; O'Malley et Bachman, 1979 ; Richman et al, 1985 ; Bariaud et Bourcet, 1994 ; Bolognini et Plancherel, 1998) : l'estime de soi des adolescentes serait plus dévalorisée que celle des garçons du même âge. Parmi les différentes hypothèses avancées, on peut évoquer celle selon laquelle les filles s'intéressent plus à l'esthétique de leur corps et ont donc plus tendance à se critiquer et à douter d'elles-mêmes alors que les garçons s'acceptent plus facilement tels qu'ils sont (Bruchon-Schweitzer, 1990). D'autres travaux sur les identités féminines et masculines (Arnal-Duchemin et Nakbi, 1987 ; Lorenzi-Cioldi, 1988a, 1988b), partent du constat que les hommes et les femmes partagent une même tendance à s'identifier davantage aux idéaux masculins que féminins car plus valorisés culturellement (Lamke, 1982).

4.4. Analyse des liens entre la violence (agie / subie) et l'apparition des idées de suicide.

L'analyse des khi-deux, rapportée ci-dessous, met en évidence une liaison significative entre l'ensemble des comportements de violence, la fugue et l'idéation suicidaire. Les adolescents qui ont des idées de suicide sont plus fréquemment concernés par la violence que ce soit en tant que victime ou en tant qu'agresseur. Ils évoquent plus fréquemment le désir de fuguer mais également le fait de l'avoir déjà réalisé.

Présence des comportements de fugue, de violence et idées de suicide	khi-deux (à 1ddl)	seuil
fugue	324,18	.000
victime de violence	10,96	.001
victime de vols	12,53	.000
victime de rackets	6,51	.011
auteur d'insultes	17,16	.000
auteur de violence	11,40	.001
auteur de vols	18,46	.000
auteur de rackets	7,61	.006

Tableau n°7 : Récapitulatif du traitement des observations et test du Khi-deux

Comportements de fugue, de violence et idée de suicide

Ces comportements de violence s'inscrivent dans l'exclusion sociale (exclusion de l'école, d'un groupe d'amis, de la famille) ce qui peut être très angoissant pour le sujet qui peut alors éprouver des idées de mort pour lui-même et envers les autres.

Avec la fugue, nous retrouvons ici une des cinq stratégies des conduites suicidaires décrites par Ganel (1983, cité par Tap, 1993, p. 162). La fuite marque l'incapacité du sujet à trouver une solution adaptée et rapide à une situation conflictuelle. La fuite tout comme l'acte suicidaire expriment une tentative pour échapper à l'intolérable, à l'inexorable d'une situation familiale, scolaire, sentimentale. Elles rendent compte de l'échec de la verbalisation des questions essentielles qui préoccupent le jeune.

4.5. Analyse de l'impact de l'intégration scolaire sur l'apparition des idées de suicide.

L'analyse des khi-deux, rapportée ci-dessous, met en évidence une liaison significative entre les comportements de motivation scolaire (venir au collège par plaisir), les comportements d'absentéisme (retard en cours, sécher les cours et absence déclarée), l'évaluation du niveau scolaire et l'apparition des idées de suicide.

Présence d'intégration scolaire et idées de suicide	Khi-deux (à 1ddl)	seuil
venir au collège par plaisir	4,18	.041
s'intéresser à une formation	0,41	NS
retard en cours	18,82	.000
sécher les cours	6,02	.014
absence déclarée	31,38	.000
niveau scolaire	27,55	.000

Tableau n°8 : Récapitulatif du traitement des observations et test du Khi-deux
Comportements d'intégration scolaire et idée de suicide

La scolarité à l'adolescence peut être l'objet d'une préoccupation excessive voir même d'un vécu phobique. Le maintien de ce vécu en s'appuyant sur un sentiment « de ne plus pouvoir assurer », peut être alors l'occasion d'une fuite de la scolarisation ou d'une impossibilité de la maintenir (Arnoux, 1999). Le sujet se met en retrait car la situation scolaire est trop angoissante, ce qui peut accentuer une perte d'estime de soi, un sentiment d'impuissance et d'infériorité. L'adolescent est le sujet et l'objet même de sa vulnérabilité.

Toute conduite qui s'inscrit dans un processus destructeur, quelle que soit la part de l'individu qui est visée (ce n'est pas forcément le corps), peut avoir un prolongement suicidaire. Ainsi, à travers l'absentéisme scolaire l'adolescent « détruit » son avenir. Il en est de même lorsqu'il commet des actes délinquant ou devient dépendant d'une drogue (Bardet, 1998).

4.6. Analyse des liens entre la consommation de toxiques (tabac alcool, drogue) et l'apparition des idées de suicide.

L'analyse des khi-deux met en évidence une liaison significative entre les consommations excessives de toxiques et l'apparition des idées de suicide.

Présence des comportements prise de drogue, consommation élevées de tabac et alcool	khi-deux (à 1ddl)	seuil
Drogue	49,38	.000
Tabac	76,90	.000
Alcool	24,83	.000
Ivresse	38,45	.000

Tableau n°9 : Récapitulatif du traitement des observations et test du Khi-deux
Consommation de toxiques et idée de suicide

En référence aux nombreuses recherches dans ce domaine (Choquet et Ledoux, 1994 ; Coslin, 1996 ; Duché, 1993 ; Ferrand et Pujol, 1997), nous pouvons avancer que la consommation d'alcool facilite l'affirmation de soi chez des jeunes en mal de reconnaissance sociale, en position d'insécurité, d'infériorité, voire d'exclusion.

Nous supposons que lorsque le bien-être de l'adolescent est menacé lors de situations déstabilisantes, l'émergence de conduites à risques comme la consommation de toxiques, notamment l'alcool, peuvent être analysées comme des tentatives pour maintenir ou restaurer une estime de soi satisfaisante.

4.7. Analyse multivariée de l'idéation suicidaire.

Une analyse multivariée va permettre d'affiner la compréhension des rapports existants entre les différents indicateurs de dépressivité, les consommations de toxique, l'intégration scolaire, la valorisation de soi et l'idéation suicidaire. Nous avons distingué deux groupes de sujets : un groupe qui a déclaré ne pas être triste au point d'avoir pensé à la mort et un groupe qui a déclaré avoir déjà été triste à mourir. A partir de là, nous avons procédé à une régression logistique (logiciel SPSS, méthode ascendante Wald).

Caractéristiques et modalités	Coefficient (B)	Wald	Seuil	Contributions (R) ¹
Soi émotionnel	-0,6	26,7	.0000	-.10
Soi physique	-0,4	13,2	.0003	-.07
Climat familial agréable	-1,1	11,5	.0007	-.06
Drogue	-0,8	24,8	.0000	-.10
Se sentir énervé	-0,4	13,2	.0003	-.07
Se sentir seul	-0,6	20,2	.0000	-.09
Eveil nocturne	-0,6	23,8	.0000	-.10
Sexe (garçons)	-0,4	10,9	.0010	-.06

Tableau n°7 : Variables de régression logistique prédictives de l'idéation suicidaire

L'analyse de la régression logistique indique parmi les variables que nous avons prises en considération, quelles sont celles qui sont les plus protectrices de l'idéation suicidaire ($X^2=361,27$, $ddl=9$, $p<.0000$). Il s'agit ici de la valorisation de soi dans les domaines émotionnel et physique, d'un climat familial agréable, de l'absence d'éveil nocturne, de l'absence de prise de drogue, de l'absence du sentiment d'isolement, de l'absence de nervosité et enfin le fait d'être un garçon.

Les coefficients révèlent l'importance du soi émotionnel comme "marqueur" des idées de suicide. Cet aspect renvoi au contrôle des émotions et va dans le sens des travaux de Wallon (1934) montrant que, la conscience des difficultés de contrôle ou d'expression des émotions et l'attitude du sujet à propos de ces difficultés, jouent un rôle important dans la médiation du personnel et du social. On remarque également le poids du soi physique (évaluation des compétences et caractéristiques corporelles). Plus largement, nos résultats concernant l'estime de soi vont dans le sens des travaux selon lesquels l'estime de soi a "*un rôle fonctionnel important à jouer dans la santé psychique, consistant à agir sur l'ensemble des états affectifs et des motivations de l'individu, et permettant de réagir de façon productive pour favoriser et maintenir le bien-être psychologique et une bonne adaptation*" (Bolognini et Plancherel, 1998, 104).

L'importance du climat familial apparaît dans le modèle descriptif de l'idéation suicidaire. Cela rejoint différentes études soulignant l'importance de la qualité de la relation parent-enfant et de l'importance que cela revêt pour les filles (Tousignant et al., 1988 ; Jackson 1997 ; Bolognini et Plancherel, 1998).

¹ Le R permet de voir les corrélations partielles entre la variable dépendante et chaque variable indépendante, il varie entre -1 et +1. Une valeur positive indique que si la variable augmente en valeur, la vraisemblance de l'événement aussi. Si R est négatif c'est l'inverse qui est vrai. De petites valeurs du R indiquent que la variable a une petite contribution partielle avec le modèle.

Parmi les indicateurs de dépressivité, on note le sentiment d'isolement, le sentiment d'énervement et l'éveil nocturne. On trouve également associé aux idées de suicide la prise de drogue. Cette conduite de dépendance permettrait de fuir les angoisses de mort et les affects dépressifs qui accompagnent les conduites suicidaires (Tap, 1993). En ce qui concerne le genre, le fait d'être un garçon est associé à l'absence d'idées suicidaires et inversement le fait d'appartenir au sexe féminin est plutôt prédictif de la réponse "j'ai été triste à mourir". En résumé, l'estime de soi, dans ses dimensions soi émotionnel et soi physique, semble constituer un indicateur heuristique de l'idéation suicidaire. Elle permet de préciser les résultats couramment observés relatifs aux différences de sexe à propos des signes de dépressivité. Le mode de gestion de l'émotion et le contrôle de soi pourraient expliquer que les garçons présentent moins d'idées de suicide que les filles. Les difficultés que les filles rencontrent fréquemment dans l'acceptation de leur corps et de ses transformations se retrouvent dans leur évaluation du domaine corporel.

V. Conclusion

L'objectif de cette étude était de proposer un éclairage sur les manifestations du mal-être psychologique des adolescents via le prisme de la valorisation de soi. Nous mettons en évidence le rôle fonctionnel de l'estime de soi mesuré dans les domaines spécifiques - du contrôle des émotions et des représentations corporelles - sur l'expression du désir suicidaire. Les transformations de l'adolescence – changements corporels, cognitifs socio-affectifs, sexuels) - les conflits familiaux, l'absence de reconnaissance sociale et de valorisation de soi peuvent expliquer ce mal-être qui conduit aux idées de suicide voire aux tentatives de suicide et plus tragiquement au geste suicidaire en lui-même pour certains. Les études épidémiologiques qui ont été menées font ressortir que les jeunes suicidés et suicidants sont souvent en mal d'insertion et connaissent des difficultés familiales qui remontent à l'enfance. L'observation et le repérage des indicateurs de dépressivité, d'une intégration scolaire chaotique, de la consommation de toxiques ou encore des jeunes eux-mêmes déclarant être victimes ou auteurs de violence peuvent nous aider à mieux prévenir le geste suicidaire par une réponse appropriée à leurs difficultés. Il est nécessaire de préciser le rôle primordial de la médecine scolaire notamment dans le « repérage des jeunes à risque et dans le suivi et l'orientation de ceux qui ont tenté de se suicider. Ce sont tous les acteurs de l'école (enseignants, conseillers, infirmières, assistantes sociales) mais également l'ensemble des

adultes présents dans le milieu éducatif du jeune qui doivent être attentifs aux signaux d'appels, aidés par-là même des parents et des structures de prise en charge extérieures. Par une sensibilisation à ce problème, une information dans le milieu scolaire et surtout par une écoute attentive à l'égard des jeunes en difficultés, il est nécessaire ainsi de leur assurer une bonne intégration en diminuant leur stress, en les écartant de l'idée qu'ils n'ont pas d'avenir du fait de leurs problèmes et en favorisant une valorisation d'eux-mêmes à travers des actes significatifs pour eux et la société.

Bibliographie

- Arnal-Duchemin, M.J. et Nakbi, J.L. (1987). Identités féminines et masculines. *Les cahiers de Psychologie Sociale*, 37, 2-8.
- Arnoux, D.J. (1999). *La dépression à l'adolescence*. Paris : In Press.
- Bardet, M. (1998). *Le suicide*. Toulouse : Les essentielles de Milan.
- Bariaud, F. et Bourcet, C. (1994). Le sentiment de valeur de soi. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 23, (3), 271-290.
- Bariaud, F. & Rodriguez-Tomé, H. (1994). La conscience de grandir. In: M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nùnez et W. Bettschart (Eds.) *Préadolescence, Théorie, recherche et clinique*. Paris, ESF. 57-72.
- Bolognini M. et Plancherel (1998). Estime de soi et santé psychique : le rôle de la puberté et du support social. In M. Bolognini et Y. Prêteur (Eds.) *"Estime de soi : perspective développementale"*. Delachaux-Niestlé. 85-105.
- Bruchon-Schweitzer, M.L. (1990). *Une psychologie du corps*, Paris : P.U.F.
- Chabrol, H. (1984). *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. Coll. Nodules, Paris : PUF.
- Choquet, M., Ledoux, S. et Menke, H. (1987). Evolution de la santé des adolescents. *Revue française des affaires sociales*, p. 21-41.
- Choquet, M., Ledoux, S. (1994). *Adolescents enquête nationale*. INSERM Unité 16, Editions.
- Coopersmith, S. (1959-1967). *Manuel de l'inventaire d'estime de soi (SEI)*. Paris: éd. 1984 du CPA.
- Côté, L., Pronovost, J., Ross, C. (1990). Etudes des tendances suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. *Santé Mentale au Québec*, Vol. XV, n°1, 29-45.
- Davidson, F. et Choquet, M. (1982). *Le suicide de l'adolescent*. Paris : ESF.
- Garnefski, N. & Diekstra, R. (1995). Comportement suicidaire et problèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs concomitants. In: F. Ladame, J. Ottino & C. Pawlak (Eds.) *Adolescence et suicide*, Paris, Masson, 47-59.
- Harrington, R. & Wood, A. (1994). Troubles dépressifs à la préadolescence, in M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nùnez et W. Bettschart (Eds.) *Préadolescence, théorie, recherche et clinique*, ESF éditeur.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of the self-concept in children, In: J. Suls et A. Greenwald (Eds.). *Psychological perspective on the self*, vol.3, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporary issues in developmental psychology*. New York: Wiley.
- Harter, S. (1989). Cause correlates and the functional role of global self-worth : a life span perspective, In: J. Kolligian et R. Stenberg (Eds.) *Perception of competence and incompetence accross the life span*, New Have, CT, Yale Unuversity Press.
- Harter, S. (1994). Comment se forge l'image de soi chez l'adolescent ? In: M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nùnez et W. Bettschart (Eds.) *Préadolescence, Théorie, recherche et clinique*. Paris, ESF. 73-85.
- Lamke, L.K. (1982). The impact of Sex-Role Orientation on Self-Esteem in Early Adolescence. *Child Development*, 53, 1530-1535.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1988a). *Individus dominants et groupes dominés : Images masculines et images féminines*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1988b). Discrimination entre soi et autrui et la catégorisation sociale. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, tome 1, n°2, 239-256.

- Massonnat, J. & Perron, J. (1990). Pour une approche multidimensionnelle de l'identité de la personne. In J. Massonnat & M.C. Hurtig, L'identité de la personne. *Psychologie française*, 35-1, 7-15.
- O'Malley, P. & Bachman, J.(1979). Self-esteem and education : Sex and cohort comparisons among high school seniors. *Journal of Personality and Social psychology*, 37, 7, 1153-1179.
- Pommereau, X. (1996). *L'adolescent suicidaire*. Paris: Dunod.
- Oubrayrie, N. (1992). *Le contrôle dans l'évaluation et l'orientation de soi de l'enfance à l'adolescence*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime, Université Toulouse II.
- Oubrayrie, N., Safont, C. & De Léonardis, M. (1991). Image de soi à l'adolescence. In: *Actes du Colloque International "La recherche en psychologie en Europe : demande sociale et réseaux scientifiques"*, Toulouse: 50-154.
- Oubrayrie, N., De Léonardis, M. & Safont-Mottay, C. (1994). Un outil pour l'évaluation de l'estime de soi chez l'adolescent : l'ETES. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, vol. 44, n°4, 309-318.
- Richman, C.L., Clark, M.L & Brown, K.P. (1985). General and specific self-esteem in late adolescent students : Race, Gender, SES Effects. *Adolescence*, Vol. XX, n°79, 555-566.
- Rimé, B., & Leyens, J.P. (1974-75). Quelques données à propos d'une échelle d'estime de soi. *Bulletin de psychologie*, XXVII, 318, 16-17.
- Safont, C. (1992). *Orientation de soi à l'adolescence : ses relations avec l'estime de soi et la compétence sociale*. Thèse de Doctorat Nouveau Régime. Université Toulouse le Mirail.
- Selosse, J. (1980). Identité négative, Processus et effets. *Bulletin de psychologie*, Tome XXXIII, 345, 617-526.
- Simmons, R.G. & Rosenberg, F. (1975). Sex, sex roles and self-image. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 3, 229-258.
- Sordes-Ader, F., Lévêque, G., Oubrayrie, N., Safont-Mottay, C. (1998). Présentation de l'échelle d'Estime de soi Toulousaine. In M. Bolognini et Y. Prêteur (Eds.) *"Estime de soi : perspective développementale"*. Delachaux-Niestlé. 167-182.
- Tap, P. (1988). *La société Pygmalion*. Paris: Dunod.
- Tap, P. (1993). Crise d'identité, dépression et toxicomanie à l'adolescence. In P. Tap et H. Malewska-Peyre (Eds.) *Marginalités et troubles de la socialisation*. Paris, PUF. 153-178.
- Tousignant, M., Hamel, S., Bastien, MF. (1988). Structure familiale, relations parents-enfant et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé Mentale au Québec*, Vol. XIII, n°2, 79-93.
- Wallon, H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris: Boivin.