

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LISE COTE

LA PERCEPTION DU CORPS

CHEZ L'ADOLESCENT A TENDANCES SUICIDAIRES

AOUT 1988

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Table des matières

Introduction	1
Chapître premier - Le phénomène du suicide chez les adolescents	4
Ampleur du phénomène	5
Suicide et adolescence	7
Processus suicidaire	10
Caractéristiques psycho-sociales	15
Perception du corps et suicide	25
Hypothèses	37
Chapître II Description de l'expérience	38
Les sujets	39
Les épreuves expérimentales	41
Déroulement de l'expérience	50
Formation de la population expérimentale	51
Chapître III Analyse des résultats	56
Résultats	57
Interprétation des résultats	77
Conclusion	88

Appendice A - Epreuves expérimentales	92
Appendice B - Lettre d'invitation des sujets	111
Appendice C - Classification des items	114
Appendice D - Résultats individuels	117
Références	128

Sommaire

La croissance du phénomène du suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans a provoqué l'emergence de nombreuses recherches au cours des dernières années. Celles-ci visent notamment, à cerner la nature du phénomène et les caractéristiques bio-psycho-sociales propres à ces jeunes. L'étude du monde perceptuel chez l'adolescent à tendances suicidaires est un secteur de recherche relativement récent. Toutefois l'étude de la perception du corps chez ces derniers, demeure peu explorée; les travaux traitant de ce thème sont quasi inexistants.

La présente recherche a pour but de démontrer l'existence de différences significatives dans l'évaluation de la perception du corps chez des adolescents à tendances suicidaires comparativement à d'autres jeunes ne présentant pas de telles tendances.

Le questionnaire de dépistage Expérience des jeunes de niveau secondaire (Tousignant, 1983, adapté par Pronovost, 1985) permet d'identifier les adolescents présentant des tendances suicidaires au sein d'une population générale de jeunes. Le test de l'Inventaire du monde expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974) permet d'obtenir une évaluation globale du vécu expérientiel de l'adolescent. Ce test fournit également une évaluation de

la perception du corps chez cette clientèle. La population expérimentale se compose de 45 adolescents à tendances suicidaires âgés de 14,6 ans en moyenne. Ces jeunes sont répartis en trois sous-groupes selon l'importance des tendances suicidaires. Le groupe contrôle est constitué du même nombre d'adolescents en fonction de la comparabilité des variables suivantes: le niveau académique, l'âge, le sexe, la structure familiale, l'état de santé et la scolarité des parents.

Il ressort des résultats obtenus que les adolescents à tendances suicidaires ont une perception de leur corps significativement plus négative à différents niveaux que celle des autres jeunes. Egalement, les différences trouvées accusent une tendance progressive entre les trois sous-groupes expérimentaux sans que celle-ci soit significative. La perception du corps coexiste donc avec la présence d'un vécu suicidaire.

Introduction

Le suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans constitue un phénomène qui prend une ampleur considérable depuis les deux dernières décennies. Le Québec n'est pas épargné puisque le taux de suicide québécois est l'un des plus élevé au Canada. Cette situation inquiétante chez les adolescents a provoqué un nombre imposants de travaux portant sur différents aspects qui touchent le suicide chez les jeunes. Ces travaux ont permis de circonscrire l'étendue du phénomène, de broser un portrait de la dynamique du vécu suicidaire chez les adolescents ainsi que de dégager certaines caractéristiques psycho-sociales propres à ces jeunes comparativement à d'autres populations d'adolescents.

L'étude du monde phénoménologique chez l'adolescent à tendances suicidaires constitue un secteur de recherche relativement récent. Toutefois, très peu de recherches se sont attardées à décrire la perception qu'ont ces adolescents de leur corps. Certaines théories décrivent sa participation dans la dynamique suicidaire mais les études empiriques traitant de ce phénomène sont quasi inexistantes. La présente étude tente de combler cette lacune en amenant une piste d'exploration différente.

Le chapitre premier brosse un portrait statistique et dynamique du phénomène du suicide chez les adolescents tout en précisant les caractéristiques psycho-sociales qui leurs sont propres. Le contexte théorique situe

également la perception du corps chez l'adolescent à tendances suicidaires ce qui amène les hypothèses de cette étude.

Le deuxième chapitre traite de la méthodologie utilisée. Le choix des sujets et des épreuves expérimentales de même que le déroulement de l'expérience et la formation de la population expérimentale y sont présentés. Finalement, le troisième chapitre présente les résultats obtenus suivi d'une interprétation de ceux-ci.

Chapitre premier

Le phénomène du suicide chez les adolescents

Le présent chapitre a pour but de présenter le phénomène du suicide chez les adolescents. Afin de permettre l'élaboration de certaines hypothèses de recherche, il importe en premier lieu, de cerner l'importance du suicide au Québec, la signification dynamique du comportement suicidaire chez les adolescents et de préciser les caractéristiques psycho-sociales qui concernent ce groupe d'âge.

L'étude des dimensions de la perception du corps chez l'adolescent à tendances suicidaires et chez les autres jeunes s'avère également importante puisque les changements corporels qui surviennent à l'adolescence amène le jeune à reconstruire une nouvelle image corporelle. L'énoncé des hypothèses de travail suivra.

Ampleur du phénomène

Le suicide a pris une ampleur considérable au cours des dernières décennies. En 1950, le taux de suicide canadien se chiffre à 7,8/100,000 habitants alors qu'en 1985 il atteint 12,8/100,000 h. Au Québec, le taux de suicide a plus que quadruplé depuis 1950. A cette époque, il se situe à 3,7 alors qu'en 1985 il atteint 17,1. Au chapitre du suicide, le Québec se place au troisième rang au Canada derrière le Yukon (35,1) et les Territoires du Nord-Ouest (25,5) pour l'année 1985.

Au Québec, c'est la population des 15-24 ans qui est l'une des plus touchée par le suicide. En effet, il constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route. Tousignant et al. (1984) mentionnent que, même si le taux de mortalité chez les jeunes apparaît moyen comparativement aux autres provinces, c'est le Québec qui connaît l'augmentation la plus prononcée de tout le pays depuis 1961. A cette époque, les taux pour les 15-19 ans et les 20-24 ans sont respectivement de 1,3 et 2,7. En 1985 ces taux atteignent 13,1 pour les 15-19 ans et 22,4 pour les 20-24 ans, tandis que pour l'ensemble du Canada, ils se chiffrent à 11,2 pour les 15-19 ans et 17,7 chez les 20-24 ans. De plus, il est à souligner que les statistiques officielles ne font état que des suicides déclarés. Il en résulte donc une sous-estimation des suicides réussis. Certains auteurs (Atkinson 1968; Fareberow, 1970; Haim, 1969; voir Morissette 1984) évaluent entre 10 et 15% la sous-estimation du nombre de suicides.

Suicides, tentatives de suicide et idéations suicidaires sont des comportements qui suivent une pyramide ascendante. Charron (1981) estime qu'il y a un taux de tentatives de suicide par suicide réussi de quatre pour un. Morissette (1984) quant à lui, le situe à 10 pour 1 au sein de la population générale. Tousignant et al. (1984) pour leur part, rapportent qu'une des caractéristiques du phénomène suicidaire particulier aux jeunes est probablement le nombre plus élevé, dans ce groupe, de tentatives de suicide en regard du nombre de suicides réussis. En effet, Jarvis et al. (1976; voir Tousignant et al., 1984) estiment qu'en Ontario il y a approximativement 50 tentatives de suicide pour chaque suicide réussi chez

les jeunes. Aux Etats-Unis, un estimé conservateur situe ce taux chez les jeunes à 20 pour 1 comparativement à huit pour un chez les adultes (Rosenkrantz, 1978; voir Tousignant et al., 1984).

Mishara (1976, 1982), lors d'études portant sur une population étudiante collégiale, constate qu'environ 15% des étudiants qu'il a évalués ont tenté de se suicider, et que 50% ont déjà eu des idées suicidaires. Pour leur part, Tousignant et al. (1984), lors de leur étude sur les comportements et idéations suicidaires chez les cégepiens de Montréal, constatent qu'un cégepien sur cinq, soit 21.2%, avoue avoir déjà pensé sérieusement au suicide au cours de sa vie. Parmi ces répondants, 12,2%, soit un cégepien sur huit, répondent avoir eu ces pensées au cours des douze derniers mois. Ces résultats témoignent de la présence d'un vécu suicidaire particulier chez les jeunes. D'ailleurs, Miller (1975) mentionne que la période de l'adolescence constitue la période de vie où il y a le plus de vécu suicidaire.

Adolescence et suicide

Le vécu suicidaire survient chez les jeunes à une période de vie particulièrement déterminante. L'adolescence constitue une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est marquée par de profonds changements qui s'opèrent au niveau physique, psychique et social. Son point de départ est fixé par l'apparition de la puberté à partir duquel se greffe toute la trame de l'expérience adolescente (Claes, 1983).

L'expérience de ces changements est déterminante pour l'évolution de la personnalité du jeune. A ce sujet, Claes (1983) distingue quatre grandes zones liées au développement de l'adolescent et auxquelles sont rattachées des tâches développementales. La première zone consiste au développement pubertaire. Celle-ci regroupe deux tâches principales: la nécessité de reconstruire l'image corporelle sexuée et d'assumer l'identité masculine ou féminine ainsi que d'accéder progressivement à la sexualité génitale adulte. La deuxième zone touche le développement cognitif. La troisième concerne les modifications de la socialisation auxquelles se rattachent deux tâches développementales soit l'affranchissement de la tutelle parentale et le remplacement graduel du groupe des pairs comme agent de socialisation. Enfin, la quatrième zone touche la construction de l'identité, celle-ci passe par trois tâches développementales qui sont: l'acquisition d'une continuité temporelle du moi, l'affirmation d'un moi qui se démarque des images parentales intériorisées et l'engagement dans des choix qui garantissent la cohérence du moi. Ces tâches supposent des périodes d'adaptation qui ne se réalisent pas sans heurts. Le support des pairs et de la famille est particulièrement déterminant pour l'évolution du jeune. Cependant, l'expérience de crise dans le sens de perturbations est exceptionnelle selon les conclusions des travaux de Dovan et Andelson, 1966; Rutler, 1976; Zazzo, 1966 (voir Claes, 1983). Enfin, c'est grâce à l'expérimentation de nouveaux rôles, l'utilisation de ses nouvelles habilités physiques et cognitives que le jeune parvient à se définir une nouvelle identité tout en intégrant son statut d'adulte. Toutefois, l'entrée dans le monde adulte demeure dépendante des critères établis par le contexte socio-culturel propre à chaque époque.

Nombre d'auteurs estiment que l'adolescence constitue un moment favorable à l'émergence du vécu suicidaire. Parmi ceux-ci, Miller (1975) mentionne que l'adolescence est une période où l'apparition d'idéations suicidaires est fréquemment rapportée. Pour sa part, Haim (1969) a longuement élaboré sur le rôle de la manipulation de l'idée de la mort à cette période. Il affirme que c'est là pour l'adolescent une manière fondamentale d'établir son existence en se reconnaissant le pouvoir d'en disposer à sa guise. Quant à eux, Gorceix et Zimbacca (1968) mentionnent qu'à l'adolescence, à chaque bouleversement émerge l'idée même de la mort. D'autre part, Ladame (1981) croit que la manipulation de l'idée de la mort constitue une manière pour l'adolescent d'intégrer les deuils de l'enfance.

Pour le jeune suicidaire, l'adolescence constitue une période souvent plus difficile. Ses capacités d'adaptation sont insuffisantes à faire face aux tâches développementales de cette période. Au niveau du développement pubertaire, certains auteurs constatent entre autre, la présence d'une haine envers le corps sexué chez le jeune suicidaire (Friedman et al., 1972; Ladame, 1981, 1986). Le niveau cognitif quant à lui, est marqué notamment par la rigidité de la pensée (Bonner et Rich, 1987; Levenson 1972: voir Chabrol, 1984), un lieu de contrôle externe et un mode de pensée dichotomique (Neuringer, 1976: voir Chabrol, 1984) ce qui amène chez l'adolescent suicidaire des difficultés à résoudre les problèmes et une adhésion aux extrêmes réduisant ainsi ses capacités d'adaptation. En ce qui a trait aux modifications de la socialisation et à la construction de l'identité, Ladame (1981) note que les jeunes suicidaires ont de la difficulté à faire les

deuils de l'enfance contribuant ainsi à l'échec du second processus de séparation-individuation. En conséquence, le jeune ne peut se détacher de ses objets d'amour introjectés. Les limites du self sont mal définies et elles sont parfois même inexistantes. L'entourage constitue les principaux référents pour la détermination de la valeur de soi.

De plus, le vécu du jeune suicidaire se caractérise par une longue série de problèmes débutant au cours de l'enfance et qui se trouvent intensifiés à la période de l'adolescence (Davidson et Choquet, 1981; Ladame, 1981; Samy, 1987; Teicher et Jacobs, 1966: voir Chabrol, 1984), favorisant ainsi l'installation du processus suicidaire.

Processus suicidaire

Morissette (1984), mentionne que le processus suicidaire s'amorce vraisemblablement lorsque survient une première perte significative, celle-ci pouvant survenir tôt dans la vie (Chabrol, 1984; Hawton, 1982: voir Morissette, 1984). Cette perte peut être réelle telle que décès d'un proche, séparation et divorce des parents, ou encore être créée par la rupture d'une liaison amoureuse. La perte significative peut être également symbolique (ex. inceste, brutalité); certains auteurs (Ladame, 1981; Lum, 1971; Menninger, 1938: voir Chabrol, 1984) associent cette dernière à la perte de l'objet d'amour. Menninger (1938: voir Chabrol, 1984) mentionne que, chez les suicidants, cet objet d'amour perdu est introjecté dans le Moi contre lequel se retourne l'hostilité. Selon cet auteur, à travers le

suicide se manifeste également le désir d'agresser et de tuer cet objet aimé et perdu. Cette idée est aussi reprise par Friedman et al. (1972) de même que par Corraze (1976: voir Chabrol, 1984) et Morissette (1987). Lorsque la personne n'arrive pas à faire le deuil de cette perte, il en résulte, généralement, l'apparition d'un état dépressif qui, selon Cassoria (1979: voir Emery, 1983), est la première étape du comportement suicidaire à l'adolescence.

Ladame (1981) décrit les symptômes de l'état dépressif chez l'adolescent suicidant comme étant "pestéiformes et variables en fonction de la phase de l'adolescence" (p.14). Cet état peut donc se manifester de différentes façons, en outre, il peut être masqué par des comportements agressifs ou délinquants (Benson, 1979: voir Emery, 1983; Chiles et al., 1980: voir Chabrol, 1984; Greuling et DeBlassie, 1980; Ladame, 1986; Soubrier, 1976), ou être nié (Toolan 1975). Par contre, il semble que la dépression ne soit pas toujours présente dans le processus suicidaire. Finch (1971) et Copland (1974: voir Greuling et DeBlassie, 1981) trouvent que parmi les adolescents suicidaires constituant leurs échantillons, seulement 40% d'entre eux présentent un état dépressif. De même, des résultats similaires sont obtenus par Davidson et Choquet (1981). Pour Beck et al. (1975), Dyer et Kreitman (1984) et Minkoff et al. (1973) le désespoir (hopelessness) est un meilleur indicateur de l'intensité de l'intention suicidaire que la dépression. Selon eux, ce facteur peut être une explication possible de la présence de comportements autodestructeurs chez des personnes non-déprimées. Par contre, selon Carlson et Cantwell (1980: voir Chabrol, 1982) la méthode

d'évaluation traditionnelle ignore 60% des dépressions de l'enfant et de l'adolescent. Dans le même sens, d'autres auteurs (Chabrol, 1984; Emery, 1983; Soubrier, 1976) soulignent l'utilisation de conceptions diverses concernant la dépression chez l'adolescent ce qui peut amener des différences au niveau du diagnostic de celle-ci. De plus, plusieurs auteurs (Greuling et DeBlassie, 1980; Ladame, 1986; Soubrier, 1976) insistent sur la difficulté à reconnaître un état dépressif chez un adolescent suicidaire lequel est souvent masqué soit par des tendances à "l'acting-out", soit par un comportement paradoxal tel l'euphorie, ce qui amène une sous-estimation de l'importance de la dépression dans le processus suicidaire.

Pour Morissette (1984), cet état dépressif est présent et lorsqu'il demeure non-résolu, il entraîne une crise qu'il définit comme étant "un état de déséquilibre passager suite à un stress récent, déséquilibre où les mécanismes, les stratégies et les tentatives de solutions habituellement efficaces ne le sont plus" (p.67). La personne n'arrive plus à puiser dans ses ressources personnelles ou communautaires une solution à ses problèmes. L'apparition de cette crise marque le début du continuum suicidaire. Celui-ci débute par l'apparition d'idées suicidaires d'abord intermittentes. Par la suite, apparaissent la planification de moyens, les menaces et les tentatives (Beck et al. 1979: voir Bonner et Rich, 1987; Chabrol, 1982).

L'ambivalence caractérise le vécu suicidaire de l'adolescent. Elle traduit un véritable conflit interne entre l'instinct de vie et l'instinct de mort (Chabrol, 1982). Cette ambivalence se manifeste par la

communication d'indices directs ou indirects envoyés à l'entourage révélant ainsi les intentions de l'adolescent. Morissette (1984) mentionne que 8 suicidaires sur 10 donnent des indices à l'entourage, cependant, ils ne sont pas toujours interprétés comme tels par celui-ci. Dans les quelques jours ou semaines précédant le passage à l'acte, il survient une dissolution en chaîne des quelques relations subsistantes de l'adolescent. Le passage à l'acte survient s'il n'y a pas eu d'aide apportée ou si le processus ne s'est pas résorbé. Fréquemment, l'événement déclencheur implique une perte relationnelle. Celle-ci peut être soit au niveau familial, soit avec les amis ou encore avec les partenaires amoureux. Selon Quidu (1970), cette perte relationnelle rappelle la perte initiale survenue plus tôt dans la vie.

Chez les adolescents, ce processus peut se dérouler très rapidement. Selon Morissette (1984), "il peut être très comprimé dans le temps. Entre la perte ou le sentiment de perte et la tentative de suicide, le temps peut être très court: quelques heures, quelques jours ou quelques semaines" (p. 78). L'impulsivité du passage à l'acte chez l'adolescent suicidaire est fréquemment rapporté (Davidson et Choquet, 1981; Morissette, 1984; Quidu, 1970). Or cette impulsivité du passage à l'acte favorise l'emploi de moyens à portée de la main pouvant ainsi conduire à des actes suicidaires qui s'avèrent parfois totalement inoffensifs pour la vie de l'individu. Le choix du moyen est donc lié autant à un besoin d'agir qu'à celui de mourir. D'ailleurs, selon Ladame (1986) les récidivistes choisissent des moyens plus violents, laissant supposer qu'ils sont davantage conscients des risques

encourus. Cette progression du risque et de la gravité de la conduite suicidaire s'inscrit dans un état de chronicisation des comportements autodestructeurs. Par conséquent, plus l'adolescent progresse sur ce continuum, plus le potentiel suicidaire s'accroît.

Cependant, l'adolescent manifeste certains changements ou laisse transparaître certains des signes décrits ci-dessous au cours de sa progression sur ce continuum.

Les signes avant-coureurs

Dans la littérature, une nomenclature variée est utilisée pour parler des divers comportements, événements ou caractéristiques liés à la personne suicidaire. Syndrome de désengagement, syndrome pré-suicidaire, état pré-suicidaire, signes précurseurs ou avant-coureurs sont des expressions utilisées pour décrire la période précédant le passage à l'acte.

Différents auteurs ont établi des listes de signes avant-coureurs d'une tentative ou d'un suicide. Parmi la grande variété de ceux-ci, il en émerge un certain nombre qui se retrouvent plus fréquemment: des changements brusques du comportement ou de la personnalité (Association américaine de suicidologie, 1977: voir Grégoire 1979; Frederick, 1972: voir Anderson, 1981; Grégoire, 1979; Otto, 1972), des messages verbaux ou écrits faits de façon directe ou indirecte à l'entourage (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire 1979; Grollman, 1971; Morissette, 1984) de la dépression accompagnée de symptômes tels que troubles

du sommeil, de l'alimentation ou somatiques (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire 1979; Grollman, 1971; Otto, 1964: voir Anderson, 1981; Perlstein, 1966: voir Ladame, 1981), de l'isolement (Grollman, 1971; Morissette, 1984; Perlstein, 1966: voir Ladame, 1981), une consommation abusive d'alcool, de drogue ou de médicaments (Morissette, 1984). La présence d'une tentative précédente est aussi retenue (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman, 1968: voir Grégoire 1979; Grollman, 1971), ainsi que d'autres comportements tels dons d'objets personnels (Frederick, 1972: voir Anderson, 1981; Morissette, 1984) et des prises d'arrangements finaux (Association américaine de suicidologie, 1977 et Shneidman 1968: voir Grégoire, 1979). Une brisure relationnelle, la perte récente d'un être cher ou toute atteinte corporelle peut constituer des indices situationnels (Morissette, 1984; Shneidman, 1968: voir Grégoire, 1979). Plus particulièrement, chez l'adolescent, en plus des signes précédents, s'ajoute une incapacité à se concentrer sur ses études qui peut se traduire par une baisse du rendement scolaire (Glaser, 1965: voir Corbeil, 1984; Ladame, 1981).

Caractéristiques psycho-sociales

Les pages suivantes rapportent ce dont la littérature fait état dans sa description des aspects familiaux, sociaux et psychologiques caractérisant les adolescents suicidaires.

Aspects familiaux

La famille des adolescents suicidaires est souvent décrite comme un milieu perturbé par des anomalies de la structure familiale (Cloutier, 1980; Corder et al., 1974; Davidson et Choquet, 1981; Haim, 1969; Quidu, 1970). Certains auteurs (Corder et al., 1974; Marks et Haller, 1977) observent également des attitudes de rejet et de négligence. Ces familles se caractérisent également par le vécu d'un grand nombre de stress psycho-sociaux (Corbeil, 1984; Haim, 1969; Wright, 1985). Parmi ceux-ci, la présence d'alcoolisme (Husain et Vandimer, 1984; Jacobs, 1971; Lum, 1974; Miller, 1975; Tishler et Mckenny, 1982; voir Pfeffer, 1986) et de toxicomanie ainsi que des problèmes liés à l'abus physique, à la pauvreté et à la délinquance sont fréquents (Jacobs, 1971; Miller, 1975). La présence de maladie mentale et de vécu suicidaire chez l'un ou l'autre des membres de la famille constituent également un facteur de risque d'importance (Corbeil, 1984).

De plus, la famille de l'adolescent suicidaire est fréquemment caractérisée par l'absence de l'un ou l'autre des parents (Rosenkrantz, 1978; voir Tousignant et al., 1984). Que cette absence fasse suite à une séparation, un divorce ou à un décès, la notion de perte constitue l'élément perturbateur. Plusieurs auteurs (Chabrol, 1984; Ladame, 1981; Lum, 1974; Morissette, 1984) considèrent celle-ci comme un des principaux facteurs précipitants d'une tentative ou d'un suicide. La perte peut revêtir également plusieurs autres aspects tels perte relationnelle, perte de l'estime de soi, perte de l'intégrité physique ou autres. Mais cependant, pour Husain et Vandimer (1984), la perte d'un membre de la famille immédiate constitue le

facteur environnemental le plus significatif.

A ce sujet, Jacobs (1971) soutient que ce n'est pas la séparation des parents qui est premièrement la cause, mais plutôt le climat familial tendu. Selon lui, la famille de l'adolescent non-suicidaire retrouve plus rapidement sa stabilité après un tel événement que celle de l'adolescent suicidaire. Tousignant et al. (1986) dans une étude sur la part familiale dans le comportement et les idéations suicidaires chez les cégepiens de Montréal, en arrivent aux mêmes conclusions. Ils ajoutent même que la séparation n'est pas un indice fiable de la qualité des relations parents/enfants. Pour leur part, Adams et al. (1982, 1986) ont comparé, entre autre, des jeunes suicidaires et des non-suicidaires provenant de familles séparées. Ils observent que les jeunes suicidaires vivent beaucoup plus fréquemment dans un climat familial chaotique avant et après la séparation des parents que les jeunes non-suicidaires.

Ainsi marquée par des caractéristiques de perturbations et de stress psycho-sociaux d'importance, la qualité des relations familiales de l'adolescent suicidaire est précaire. Elle se traduit notamment par une déficience du support parental et par des difficultés de communication entre les membres (Corbeil, 1984; Davidson et Choquet, 1981; Ladame, 1981). De plus, Ladame (1981) observe une absence de capacité d'empathie de la part des parents des adolescents suicidaires. Il note également la fréquence des identifications projectives de la part des parents, ceci ayant pour effet que l'adolescent tient lieu de réceptacle à la souffrance parentale. Pour

sa part, Sabbath (1969: voir Chabrol, 1982) a développé le concept d'"expandable child" (enfant devenu superflu). Selon lui, les parents auraient le désir conscient ou inconscient, interprété comme tel par l'enfant d'être débarrassés de lui. Quant à eux, McIntire et Angle (1973: voir Chabrol, 1984) de même que Davidson et Choquet (1981) constatent des attitudes éducatives extrêmes et opposées allant du contrôle excessif à l'indifférence parentale au sein des familles des adolescents suicidaires.

Pfeffer (1986) retient cinq composantes qu'elle considère importantes parmi les caractéristiques des familles des enfants et des adolescents suicidaires: le manque de frontières entre les générations, la présence de conflits sévères dans les relations entre les conjoints, les sentiments parentaux projetés sur l'enfant, la présence d'une relation symbiotique entre parent-enfant et un système familial inflexible. Dans une étude effectuée au Centre de Prévention du Suicide de Québec, Corbeil (1984) observe que les difficultés de l'adolescent suicidaire à établir des relations satisfaisantes avec sa famille tendent à se généraliser à toutes les formes de relations avec l'entourage.

Aspects sociaux

Effectivement, la littérature rapporte que les relations interpersonnelles des adolescents suicidaires sont principalement caractérisées par un état d'isolement social (Corbeil, 1984; Corder et al., 1974; Greuling et DeBlassie, 1980; Grollman, 1971; Jacobs et Teicher, 1967; Miller, 1975; Teicher, 1973; Toolan, 1975). En fait l'adolescent suicidaire a des

difficultés de communication avec son entourage (Davidson et Choquet, 1981) qui se traduisent par un désir à s'engager avec celui-ci en dépit de l'échec à y parvenir (Mark et Haller 1977). Il s'exprime peu et il a peu de contact avec le réseau social (Corbeil, 1984; Corder et al., 1974; Quidu, 1970; Rabkin, 1980). Il a peu d'amis et par conséquent, il reçoit peu de support de ses pairs et ses rapports sociaux sont marqués par de la passivité (Corbeil, 1984; Corder et al., 1974). L'absence de confident chez les garçons est fréquemment rapporté (Topol et Reznikoff, 1982).

Cependant, lors d'une étude sur le soutien social, Hanigan et al. (1986) constatent que les jeunes suicidaires ne sont pas complètement isolés socialement d'un réseau de relations significantes. Ils observent qu'une des différences majeures entre les jeunes suicidaires et les non-suicidaires réside dans le fait que "les jeunes suicidaires sont plus réfractaires à recevoir de l'aide et sont obsédés par la volonté de s'en sortir seul" (p.75). Selon eux, ce fait réfère plus à l'isolement affectif qu'à l'isolement social.

Les problèmes que vit l'adolescent suicidaire peuvent prendre également la forme d'une délinquance ou d'abus de drogues (Miller, 1975). Il a peu de contrôle sur son impulsivité et une pauvre tolérance au stress (Husain et Vandimer, 1984).

Corbeil (1984) souligne l'importance des relations problématiques que l'adolescent suicidaire vit avec son entourage, en premier lieu avec le

père et la mère, suivi des problèmes avec le partenaire amoureux, les amis et l'entourage social en général. L'auteure constate aussi que les adolescents fréquentant le Centre de Prévention du Suicide à Québec, éprouvent énormément d'agressivité envers la famille et envers le monde extérieur. Dans le même sens, Quidu (1970) décrit le mode de contact avec l'entourage comme habituellement agressif. Enfin Davidson et Choquet (1981) retiennent qu'une des caractéristiques des adolescents est leur refus d'investir affectivement dans des relations avec autrui.

De plus, les problèmes scolaires sont fréquemment observés dans la littérature (Davidson et Choquet, 1981). Ils sont parfois considérés comme des éléments déclencheurs, comme le reflet d'un manque de ressources ou encore comme la conséquence d'un désinvestissement social. Ces problèmes prennent la forme d'échecs scolaires (Corbeil, 1984; Davidson et Choquet, 1981; Ladame, 1981), d'une baisse de rendement (Glaser, 1965: voir Corbeil, 1984; Toolan, 1975; Wenz, 1979) et d'abandon scolaire (Anderson, 1981; Marks et Haller, 1977).

Aspects psychologiques

La revue des caractéristiques de la personnalité de l'adolescent suicidaire démontre qu'il n'existe pas de personnalité suicidaire type, toutefois des constances sont observées. Il est important de préciser que le vécu suicidaire est rarement associé à des troubles mentaux d'importance (Quidu, 1970). Cependant, la présence de comportements autodestructeurs tels la toxicomanie, l'alcoolisme et la délinquance sont fréquemment

associés au vécu suicidaire (Corbeil, 1984). Selon Jacobs (1967), le vécu de l'adolescent suicidaire est caractérisé par une longue série de problèmes qui durant l'enfance se trouvent intensifiés par la période de l'adolescence. La crise d'identité est vécue plus difficilement et il est fréquent, selon Corbeil (1984), que le jeune perde l'estime qu'il a de lui-même. Sa personnalité est fragile, ses capacités d'adaptation sont insuffisantes à faire face aux stress de la vie. A cet effet, des évaluations psychologiques réalisées auprès d'adolescents suicidaires admis au North York General Hospital de Toronto, révèlent que la plupart de ces jeunes ont une faible maîtrise de leurs impulsions, une intolérance à la frustration. Ils éprouvent des sentiments de rejet, de solitude et de dépression; ils ont également un faible schéma corporel et une piètre estime d'eux-mêmes.

L'état psychologique de l'adolescent suicidaire est caractérisé par des états dépressifs. Il est triste inquiet, facilement découragé, il est peu dynamique, intolérant et peu sociable (Davidson et Choquet, 1981; Miller, 1975). Egalement, il semble qu'il est habituellement irritable (Chabrol, 1984; Den Houter, 1981; Greuling et DeBlassie, 1980), anxieux (Corbeil, 1984; Davis, 1983; Den Houter, 1981; Husain et Vandimer, 1984), impulsif (Corbeil, 1984; Ladame, 1981). De plus, les adolescents suicidaires n'ont pas de but dans la vie, ils s'impliquent peu et ils rapportent n'avoir aucun contrôle sur leur environnement (Corder et al., 1974; Morissette, 1984). A cet état dépressif est fréquemment associé un état de désespoir et un haut niveau de dépréciation de soi. De même, plusieurs

auteurs s'entendent pour dire que l'adolescent suicidaire a une faible estime de lui-même (Cloutier, 1980; Corbeil, 1984; Davidson et Choquet: voir Davis, 1983) tandis que d'autres auteurs mettent en évidence la faiblesse du concept de soi (Farberow et McEvoy, 1966; Kamans et Crawford, 1966; Miller, 1975; Neuriqer, 1973, 1974; Wetzel, 1975).

A ce sujet, les recherches confirment que la perception des adolescents suicidaires implique une extrême dévalorisation personnelle, une perte de confiance en la vie, un vide existentiel, ambivalence et indécision (Morissette, 1984). Ainsi l'adolescent suicidaire a une image négative de lui-même qui est renforcée selon Beck et al. (1974) par des distortions cognitives traduisant un sentiment d'incompétence lors d'une situation de perte. De plus, ces jeunes se sentent seuls (Hanigan, 1986). Ils estiment avoir des problèmes avec les membres de leurs réseaux familial et social comparativement aux perceptions de leurs pairs (Corbeil, 1984; Topol et Reznikoff, 1982). La connaissance du vécu chez l'adolescent à tendances suicidaires est de l'avis de Morval (1987) une piste intéressante dans la compréhension de la dynamique du suicide chez les jeunes.

La revue des caractéristiques psycho-sociales des adolescents suicidaires permet de mieux cerner la complexité du phénomène. Au cours des dernières décennies, certains auteurs (Friedman et al., 1972; Ladame, 1981, 1986; Quidu, 1971) se sont intéressés au rôle que joue le corps chez le jeune suicidaire. A ce sujet, certaines caractéristiques corporelles sont observées chez les adolescents à tendances suicidaires.

Caractéristiques corporelles

La littérature décrit un vécu corporel particulier chez l'adolescent suicidaire. Les caractéristiques de ce vécu les plus souvent mentionnées sont les troubles du sommeil: insomnie, hypersomnie (Davidson et Choquet: voir Davis, 1983; Husain et Vandimer, 1984; Ladame, 1981; Rabkin, 1980), perte de poids causée par le manque d'appétit, ainsi que les symptômes somatiques divers: asthénie, manque de force et fatigue (Davidson et Choquet: Voir Davis, 1983; Ladame, 1981), troubles gastro-intestinaux (Greuling et DeBlassie, 1980; Ladame 1981, Marks et Haller, 1977), céphalées (Davis, 1983; Greuling et DeBlassie, 1980; Ladame, 1981), troubles menstruels (Husain et Vandimer, 1984). Egalement s'ajoutent les problèmes dermatologiques et la tachycardie qui, avec les autres éléments mentionnés ci-haut, font partie d'un syndrome pré-suicidaire précédant, selon Perlstein (1966: voir Ladame, 1981), 60% des tentatives de suicide.

De plus, une mauvaise santé ou la maladie sont retenue par certains auteurs comme étant, soit un facteur de risque (Grégoire, 1979; Tousignant et al., 1984) ou soit une caractéristique du vécu des adolescents suicidaires (Anderson, 1981; Davidson et Choquet, 1981; Jacobs, 1971). En effet, Davidson et Choquet (1981) constatent une fréquence relativement importante de graves maladies et d'hospitalisation chez les adolescents suicidaires composant leur échantillon. La moitié de ceux-ci avaient fait l'objet de consultations médicales dans les semaines précédant leur tentative, ce qui abonde dans le même sens que les constatations de Duncan (1977: voir Grégoire, 1979) et de Hawton (1982: voir Tousignant et al., 1984).

D'autres auteurs estiment que les accidents répétitifs (Davis, 1983; Den Houter, 1981; Ladame, 1981), tout comme l'automutilation (Grégoire, 1979; Wekstein, 1979) sont aussi des indices possibles d'un vécu dépressif pouvant mener au suicide.

Un certain nombre d'auteurs mentionnent les problèmes sexuels comme reliés au vécu de l'adolescent suicidaire. Ainsi, parmi les résultats qu'elles ont obtenus, Davidson et Choquet (1981) constatent que généralement les problèmes sexuels, lorsqu'ils sont évoqués comme motifs de tentatives de suicide impliquent des situations lourdes (viol, inceste, grossesse indésirée pour les filles, impuissance homosexualité pour les garçons).

Peck et Schrut (1971: voir Grégoire, 1979) rapportent que les étudiants suicidaires ont moins d'expériences sexuelles que les non-suicidaires, et ceci est une preuve de leur isolement social. Pour sa part, Jacobs (1971) estime que la maladie et les grossesses contribuent aussi à l'isolement social de l'adolescent(e). Quant à lui, Otto (1972) nomme entre autre la négligence de l'hygiène personnelle parmi une liste de changements pré-suicidaires.

Ces caractéristiques constituent certes, des facteurs à considérer pour la prévention du suicide chez les jeunes. Cependant, une lacune importante subsiste en ce qui concerne plus particulièrement la perception qu'ont ces jeunes de leur corps. Les recherches empiriques traitant de ce sujet sont quasi inexistantes. La présente recherche vise donc à amener une piste

d'exploration nouvelle concernant la perception du corps au sein d'un groupe d'adolescents à tendances suicidaires. Dans un premier temps, une définition du concept est présentée suivi d'un relevé de littérature concernant la perception du corps tant chez les adolescents suicidaires qu'auprès des autres jeunes. L'énoncé des hypothèses suivra.

Perception du corps et suicide

Chaque individu vit dans son corps. Il le perçoit d'une certaine façon qui lui est propre. Cette image corporelle, si subjective qu'elle soit, joue un rôle crucial. C'est elle qui détermine la qualité et la fréquence des relations interpersonnelles ainsi que le niveau d'implication que l'individu veut ou peut apporter. Elle joue aussi un rôle important dans l'attitude affective qu'entretient un individu à l'égard de son propre corps. La façon dont un être perçoit son corps et l'impression qu'il en a l'influence dans l'usage qu'il en fait que soit dans ses relations avec le milieu ou dans sa façon de se présenter aux autres (Bonneau, 1974).

La définition de la perception du corps proposée par Bruchon-Schweitzer (1985) circonscrit bien ce qu'est cette dernière. Elle la définit comme faisant partie de l'image corporelle. Elle réfère à l'expérience subjective du corps. Plus précisément Bruchon-Schweitzer la décrit comme suit:

L'image du corps englobe les perceptions
qui se réfèrent à des propriétés physi-

ques ou spatiales du corps (estimation des distances corporelles, perception de l'orientation spatiale, perception des frontières du corps, perception topologiques des régions du corps) et celles qui sont plus ou moins favorables ou défavorables, plus ou moins conformistes ou déviantes, plus ou moins lucides ou irréalistes que les individus expérimentent au sujet de leur propre corps.
(p.2, Tome 2)

Ainsi définie, la perception du corps tient une place importante chez un individu puisqu'elle occupe en quelque sorte, une fonction médiatrice entre soi et autrui. Donc une perception de son corps positive ou négative influence la façon d'entrer en relation avec les autres. A l'adolescence le corps subit des transformations importantes amenant le jeune à reconstruire son image corporelle: par conséquent, la perception qu'il a de son corps elle aussi change.

Corps et adolescence

A l'adolescence, la perception du corps joue un rôle très important. Avant son entrée dans la puberté le jeune jouit d'une image corporelle relativement stable. Or, sous la poussée pubertaire, celle-ci subit une série de perturbations qui atteignent un sommet à 14 ans et se restaure progressivement vers 18 ans (Simmons et Rosenberg, 1975: voir Claes, 1983).

Les changements qui surviennent se produisent au niveau anatomique

(taille, formes ...), au niveau physiologique (rupture de l'équilibre hormonale par le développement des hormones sexuelles) et au niveau psychologique (développement rapide des pulsions génitales). Selon Bernard (1976), ces changements peuvent être inquiétants pour l'adolescent qui en ignore les lois et qui aura, par conséquent, de la peine à les intégrer, les comprendre et les accepter. Bref, il se jugera "anormal". Il ajoute que les manifestations corporelles qui causent le plus d'anxiété sont celles qui affectent la manifestation de la virilité chez les garçons ou de la féminité chez les filles.

Selon Claes (1983) la rapidité des modifications somatiques entame la consistance de l'image corporelle et entraîne la nécessité de reconstruire la représentation du corps. Dans le même sens, Cloutier (1982) parle de remise en question du référent de base qu'est le corps à cause des changements physiques qu'il subit. L'adolescent doit redécouvrir son corps. Pour sa part, Bourdier (1972: voir Grégoire et al., 1979) explique que l'adolescent a à intégrer sa nouvelle image corporelle tandis que Davidson et Choquet (1981) parlent de bouleversements profonds de l'image corporelle dus à la transformation somatique occasionnée par la puberté. Bref, ces auteurs s'entendent à dire qu'il y a reconstruction de l'image corporelle à l'adolescence.

Certaines recherches effectuées auprès des adolescents, ont démontré que ces changements somatiques amènent entre autre, des problèmes d'ajustements de l'image corporelle. Comme par exemple, Rowe et Caldwell (1963:

voir Bruchon-Schweitzer, 1985) observent une tendance chez les adolescents à sous-estimer leur taille réelle. Egalement, d'autres auteurs (Bernard, 1976; Canestrari et al., 1980, Harrison, 1976: voir Claes, 1983) constatent la présence de distortions physiques imaginaires nommées "dysmorphophobies" qui perturbent la représentation du corps.

Quant à lui, Clifford (1971) a étudié la satisfaction corporelle chez 340 adolescents(es). Il a trouvé que ceux-ci sont globalement satisfaits de leur corps. Cette tendance est plus marquée chez les garçons, les filles tendant à être plus critique envers leur corps.

Pour sa part, Bonneau (1978) a trouvé qu'au niveau de la perception du corps, les filles ne manifestent pas de changements significatifs au cours des années contrairement aux garçons dont la perception s'améliore régulièrement. Elle est le plus mal en point à 12 et 13 ans. Elle est déjà beaucoup meilleure à 14 ans. Il amené son étude auprès de 14,000 jeunes québécois dont l'âge varie entre 12 et 19 ans.

L'une des tâches de l'adolescent consiste à reconstruire une image corporelle sexuée (Claes, 1983). Certaines théories du suicide laissent croire que cette tâche développementale se vit difficilement pour le jeune suicidaire. Ces dernières sont décrites ci-dessous.

Corps et suicide

Il existe très peu de recherches empiriques traitant de la perception

du corps chez le suicidaire, par contre, quelques théories psychanalytiques mentionnent sa participation. Celles-ci se regroupent autour de deux thèmes centraux. Le premier décrit le suicide comme étant un acte d'agression dirigé contre soi. Les études empiriques se sont concentrées surtout sur cette hypothèse. Le deuxième considère que le suicide est un acte d'agression dirigée envers le parent internalisé.

A. Le suicide: acte d'auto-agression

Plusieurs auteurs considèrent le suicide comme une attaque destructrice envers le corps. Freud (1916: voir Chabrol, 1984) fût l'un des premiers à soulever cette hypothèse lorsqu'il décrit le suicide et la dépression comme étant une agression retournée contre le sujet. Egalement, Quidu (1970) a décrit un syndrome de désengagement chez les suicidaires qui consiste en une altération du vécu temporel, spatial et corporel. Au niveau du vécu temporel, le futur devient de plus en plus inconsistant et l'individu ne retient de son passé que les événements pénibles. Le corps, quant à lui, devient l'ultime point de convergence du temps et de l'espace et comme le corps est aussi le médiateur entre l'individu et autrui, en enlevant son corps de l'espace et du temps, le suicidaire se soustrait du monde.

Dans le même sens, Conner et al. (1973: voir Grégoire, 1979) décrivent le suicide comme étant un acte d'auto-agression envers le Soi corporel. Pour sa part Botta (1974) observe que chez le suicidaire, le corps devient partiellement ou totalement désinvesti. Il parle d'un clivage entre ce qui est perçu comme bon et ce qui est ressenti comme mauvais à l'intérieur du

sujet. Pour lui, la tentative de suicide vise la destruction de la partie mauvaise, celle-ci étant perçue comme dangereuse.

Gorceix et Zimbacca (1968) ainsi que Ladame (1981) observent chez les jeunes suicidaires, des jugements péjoratifs fréquents à propos de leur physique. Ladame (1981) va plus loin en décrivant le suicide comme une attaque destructrice envers le corps. Selon lui, ces jugements péjoratifs expriment en fait "une haine du corps qui va bien au delà des normales tribulations qu'implique au cours de l'adolescence, l'obligation de réinvestir une représentation du corps nouvelle" (p.20) c'est-à-dire une image d'un corps sexué. Selon cet auteur, l'adolescent suicidaire ne réussit pas à intégrer cette nouvelle image, notamment à cause de l'absence d'un véritable langage symbolique, ce qui rend difficile la différenciation entre fantasmes et réalité. Laufer (1968) abonde dans le même sens lorsqu'il décrit chez le jeune suicidaire, une incapacité à expérimenter son corps de façon mature. De plus, il note que les fantaisies masturbatoires se vivent comme si elles étaient réelles lui donnant ainsi l'impression qu'il n'a aucun contrôle sur son corps. Celui-ci est perçu comme un ennemi. Selon lui, la tentative de suicide est un moyen utilisé par l'adolescent pour se donner le sentiment que son corps est soit non-existant ou soit sans danger.

Egalement, Ladame (1981) observe qu'il ne semble pas y avoir chez ces jeunes de véritable représentation du corps durable dans le temps. Il constate qu'au moment du passage à l'acte, ces jeunes semblent vivre leur corps comme séparé et ne leur appartenant plus. Cet état de dépersonnalisation

est également souligné par plusieurs auteurs (Davidson et Choquet, 1981; Doctors, 1981; Friedman et coll, 1972; Laufer, 1968; Waltzer, 1968). Waltzer (1968) mentionne que dans cet état, l'ego a une perte de contrôle sur l'intégrité de ses fonctions, ou sur la représentation exacte des frontières de l'image du corps et le sens de la réalité. Quant à lui, Ladame (1981) explique cet état par un clivage total de la représentation de l'image du corps de l'ensemble de la représentation du self. De plus, il constate que les limites corporelles sont ou inexistantes ou très mal définies chez les jeunes suicidaires.

Dans le même sens, Davidson et Choquet (1981) constatent que chez certains jeunes suicidaires, des plaintes hypocondriaques témoignent d'une discordance entre un corps mouvant et une image du corps constamment remise en question, ainsi qu'une hypertrophie de l'investissement narcissique du corps.

Plusieurs chercheurs (Beck, 1967; Eisenthal, 1967; Murthy, 1969; Vogel, 1968: voir Grégoire, 1979) ont tenté de vérifier la thèse de l'agressivité dirigée contre soi sans réussir à la prouver. Deux recherches sont particulièrement intéressantes parce qu'elles étudient les relations entre l'agressivité dirigée contre soi et les limites de l'image corporelle chez des individus suicidaires.

Lester (1967) a étudié les limites de l'image corporelle chez 20 suicidaires âgés de 15 à 55 ans en utilisant le Rorschach et la cotation

développée par Fisher et Cleveland (1958). Cette cotation contient deux types de scores qui sont reliés à l'image corporelle. Les scores "barrières" qui réfèrent à des réponses ayant trait à des structures ou des substances définies de même qu'à des qualités de surfaces définies en ce qui concerne les périphéries entourant les choses. Les scores "pénétration" quant à eux, réfèrent à des réponses qui ont trait à la perméabilité, la vulnérabilité, le manque de substance, l'ouverture ou la désintégration. Fisher et Cleveland (1958) postulent que le fait d'avoir des scores "barrière" élevés reflète la perception de son propre corps comme bien délimité, et que les scores "pénétration" indiquent au contraire la perception de frontières vagues et inconsistantes. Partant de l'hypothèse que le comportement suicidaire est un acte d'agressivité dirigée contre soi, Lester tenta de vérifier l'hypothèse selon laquelle les suicidaires devraient avoir des scores "barrière" plus bas et des scores de "pénétration" plus élevés que des individus non-suicidaires. Ces hypothèses ne furent pas confirmées: donc la thèse du comportement suicidaire comme acte d'auto-agression n'est pas vérifiée. Cependant, un échantillon plus homogène en ce qui concerne l'âge des sujets aurait possiblement donné des résultats différents puisque l'on sait que l'image corporelle est en transformation pendant la période de l'adolescence. Tandis que théoriquement, ces modifications sont terminées à l'âge adulte.

Une autre recherche similaire faite par Lester et Perdue (1974) visait à comparer des meurtriers (agressivité dirigée vers l'autre) et des personnes ayant fait des tentatives de suicide (agressivité dirigée contre

soi) afin de vérifier s'il existe des différences au niveau des limites de l'image corporelle. Ils ont utilisé le Rorschach avec la cotation développée par Fisher et Cleveland (1958). Ils n'ont pas trouvé de différence significative sauf en ce qui concerne le nombre de réponses. Les meurtriers fournissent moins de réponses "barrières" et "pénétration" que les personnes suicidaires. Ils suggèrent que l'absence de différence entre les deux groupes est imputable entre autre, à l'effet cathartique de l'acte que ce soit un meurtre ou un suicide. Egalement, on peut se questionner sur la valeur du Rorschach, utilisé dans ces deux recherches, comme capable de discriminer les suicidaires des non-suicidaires.

B. Le suicide: acte d'agression envers le parent internalisé

Conjointement à la première théorie, certains auteurs ont élaboré sur la possibilité que le suicide soit également un acte d'agressivité envers le parent internalisé. Cette théorie vient en fait compléter la première, elle s'articule surtout autour du thème oedipien.

Menninger (1938: voir Chabrol, 1982) fût l'un des premiers à introduire cette hypothèse lorsqu'il décrit le désir de tuer l'objet d'amour introjecté et perdu qui anime les suicidaires. Dans le même sens, Laufer (1968) considère que la tentative de suicide est une attaque agressive envers le parent internalisé et en même temps une attaque envers son propre corps. "Mourir signifie tuer le corps mais pas nécessairement l'esprit" (p.124). Selon lui, il y a dissociation entre l'esprit et le corps et les sensations entourant le corps. Il relie ce fait à l'expérimentation d'une

relation mère-enfant perturbée au cours de la période pré-oedipienne. A la période de la puberté, il y a reviviscence de ce conflit, l'adolescent expérimente son corps et ses sensations corporelles comme étrangères et dangereuses pour son fonctionnement entier. Ces adolescents haïssent leur corps et ils se sentent impuissant en face de leurs fantaisies masturbatoires qu'ils trouvent anormales. Selon cet auteur, la haine du corps équivaut à la haine du parent internalisé et il considère que les fantaisies et les attitudes de ces adolescents envers leur corps, devraient être vues simplement comme représentant des efforts défensifs contre les souhaits oedipiens positifs.

Dans le même sens, Friedman et al. (1972) observent chez les adolescents suicidaires une incapacité à renoncer à l'attache libidinal avec la mère empêchant ainsi le processus normal de deuil. La relation avec la mère est marquée par l'ambivalence entre les sentiments hostiles et les sentiments d'amour. Egalement, ils constatent la présence de souhaits de mort vis-à-vis la mère; les changements corporels qui prennent place à la puberté font de ces souhaits une possibilité réaliste. De plus l'adolescente voit son corps devenir comme celui de sa mère "toute puissante" amenant ainsi une intensification de son identification corporelle avec elle. Ils identifient chez les garçons une peur constante d'abandon de la part de la mère. Egalement, ils observent chez ceux-ci, un besoin impératif d'éviter les contacts intimes avec la mère, lequel est intensifié par le sentiment que le corps lui-même est la source des pulsions sexuelles.

Pour sa part, Chabrol (1984) reprend sensiblement le même propos lorsqu'il parle de l'angoisse et de la culpabilité oedipienne que majore la possibilité biologique d'accomplir l'acte sexuel, lesquelles conduisent les adolescents suicidaires à haïr le corps perçu comme origine de ces désirs impérieux. La tentative de suicide a pour but de détruire le corps, source des pulsions sexuelles et instrument de leur actualisation.

Corraze (1976: voir Chabrol, 1984) rapporte que l'hostilité vouée à l'entourage peut être partiellement ou complètement déplacée sur le corps. Lorsqu'il y a perte de la mère, les comportements d'attachement à celle-ci se réorientent sur le corps. Selon lui, un mécanisme semblable conditionne le déplacement de l'hostilité destinée à l'entourage sur le corps propre du sujet. Ainsi se retrouve le thème psychanalytique de l'objet perdu intériorisé avec l'ambiguïté qu'il comporte: le corps étant tout à la fois le sujet et l'objet qu'on a perdu.

Egalement, Doctors (1981) a observé chez certaines adolescentes une forme particulière de geste suicidaire qui fût décrit premièrement par Pao en 1969. Il s'agit du "delicate self-cutting" qui se manifeste par des taillades volontaires faites sur différentes parties du corps. L'auteur constate une configuration commune chez ces sujets en ce qui à trait à des perturbations dans les premières relations d'objet et le sens de soi occasionnant ainsi des perturbations dans la schématisation du corps. Ces perturbations se manifestent par la peur de désintégration du corps. Aussi, cet acte semble relié autour des expériences et des sensations génitales et ce de façon importante.

A ce sujet, Ladame (1981) ajoute que les jeunes suicidaires mènent une lutte sans répit contre des objets internes éminemment mauvais et hautement investis d'énergie haineuse. Les représentations de ces tout premiers objets hostiles sont confondus avec la représentation du corps et que cette constellation particulière est ensuite attaquée. La tentative de suicide représente de fait l'échec d'un mouvement d'externalisation, puisque c'est le corps propre qui est attaqué comme un étranger. Dans le même sens, Haim (1968) mentionne que chez tous les adolescents suicidaires existe une incapacité à désinvestir l'objet décevant perdu.

Le rôle de la perception du corps au sein de la personnalité du jeune suicidaire semble admis auprès des psychanalystes. Cependant, les recherches empiriques concernant ce thème sont rares voire inexistantes en ce qui a trait aux adolescents qui manifestent des tendances suicidaires.

Egalement, Robinson (1983), Topol (1982) et Wright (1985) constatent que peu d'études se centrent uniquement sur la clientèle d'adolescents à tendances suicidaires. Les travaux recensés réfèrent souvent à des populations d'adolescents hospitalisés en psychiatrie suite à une tentative de suicide ou encore à des groupes d'adultes. A ce sujet, Wright (1985) insiste sur l'importance de réaliser des études auprès de population générale d'adolescents. En fait, cette clientèle constitue le groupe potentiel pour le dépistage et l'identification des signes précurseurs de tentatives de suicide.

Au Québec, aucune étude empirique n'a été entreprise jusqu'à maintenant pour évaluer la perception du corps chez l'adolescent à tendances suicidaires. La présente étude a pour but de vérifier auprès d'adolescents manifestant des tendances suicidaires et issus d'une population de jeunes non-hospitalisés, la perception du corps en fonction du potentiel suicidaire présent. Les hypothèses de travail sont les suivantes.

Hypothèses

1. Les adolescents à tendances suicidaires présentent une perception de leur corps différente de ceux qui n'ont pas de tendance suicidaire.
2. Les adolescents à tendances suicidaires présentent plus de plaintes somatiques que les jeunes non suicidaires.
3. Les adolescents à tendances suicidaires manifestent des attitudes affectives plus négatives envers leur apparence physique que ceux qui ne présentent pas de tendance suicidaire.
4. Les adolescents à tendances suicidaires sont plus sujets à des sensations étranges et à des distortions de l'image corporelle que les jeunes non suicidaires.
5. Des différences sont attendues, pour les trois dernières hypothèses, entre les filles et les garçons à tendances suicidaires ainsi qu'entre les filles et les garçons non-suicidaires.

Chapître II

Description de l'expérience

Le présent chapitre décrit les sujets évalués et présente les épreuves expérimentales utilisées. Le déroulement de l'expérience est également présenté ainsi que la formation de la population expérimentale.

Sujets

Les sujets examinés proviennent de l'école polyvalente Val-Mauricie de Shawinigan¹. La population d'étude se constitue des élèves des secondaires II, III et IV du programme d'enseignement régulier. Les élèves du secondaire I sont exclus volontairement considérant que les résultats qu'ils obtiendraient peuvent être influencés par des difficultés adaptatives, parfois passagères, que vivent plusieurs jeunes lors de leur entrée au secondaire. Les élèves du secondaire V sont omis en raison des limites du suivi inhérentes à leur départ éventuel de la polyvalente.

Les sujets examinés composent 20 groupes-classes et se répartissent comme suit: secondaire II: N=180, secondaire III: N=185 et secondaire IV: N=153. Un total de 518 sujets participent à l'expérimentation. Le tableau 1 indique la répartition de la population examinée en fonction du niveau académique, du sexe et de l'âge des sujets.

¹ Nous remercions Monsieur Robert Rivard et ses collègues pour leur précieuse collaboration à cette expérimentation.

Tableau 1
Répartition des élèves évalués en fonction
du niveau secondaire, du sexe et de l'âge

Niveau secondaire	sexe	N	Age moyen
sec. II	F	93	13,7
	G	87	13,6
sec. III	F	96	14,7
	G	89	14,9
sec. IV	F	85	15,4
	G	68	15,6
total	F	274	14,7
	G	244	14,5

La moyenne d'âge de la population questionnée est de 14,6 ans. Le choix de ce groupe d'âge s'appuie sur les conclusions des travaux de Corbeil (1984) et de Wilkins (1985) qui soutiennent que le groupe des adolescents de 14-17 ans constitue une population à risque en matière de potentiel suicidaire.

Le choix d'un tel échantillonnage doit permettre le dépistage des adolescents à tendances suicidaires qui constitueront, par la suite, la population expérimentale pour la vérification des hypothèses du présent travail. La formation de cette population est rendue possible par l'analyse des résultats obtenus aux épreuves expérimentales décrites ci-dessous.

Epreuves expérimentales

Les épreuves expérimentales choisies permettent d'une part, le dépistage massif des adolescents à tendances suicidaires et, d'autre part, favorisent une meilleure compréhension du vécu expérientiel de cette population concernant plus particulièrement la perception du corps. A cet effet, deux instruments d'évaluations sont retenus.

Le premier consiste en un questionnaire de dépistage s'intitulant "Expérience des jeunes de niveau secondaire" (Tousignant, 1983, adapté par Pronovost, 1985). Dans sa forme originale, ce questionnaire a pour titre "Expérience des jeunes en milieu collégial". Celui-ci a été créé et utilisé par Tousignant (1983) lors d'une vaste enquête de dépistage des jeunes à tendances suicidaires dans quatre (4) collèges francophones de la région de Montréal.

Le choix de ce questionnaire est considéré en fonction de sa valeur de dépistage des tendances suicidaires (Tousignant, 1983). De plus, il constitue un outil de dépistage peu coûteux et facile à utiliser. Il est écrit dans un langage simple, ce qui le rend accessible aux adolescents. L'auto-passation peut s'effectuer par groupe-classe et le questionnaire a un mode de correction simple.

La seconde mesure d'évaluation est un test de personnalité qui a pour titre "L'Inventaire du monde expérientiel" (El-Meligi et Bonneau, 1974).

L'utilisation de ce test a pour but d'évaluer le vécu expérimentiel de l'adolescent concernant, entre autre, la perception du corps. L'apport original de ce test est qu'il permet à l'évaluateur de cerner directement la réalité subjective du sujet à partir des différents aspects qui composent son expérience du monde et de la relation qu'il a avec celui-ci. Il permet également de mieux saisir comment un individu voit et ressent les changements qui surviennent à l'intérieur de lui-même. En fait, ce test est un instrument de dépistage efficace des désordres psychologiques chez la population adolescente. Il a également l'avantage d'être standardisé et validé au Québec, auprès de la clientèle étudiante, selon une recherche effectuée auprès de 14,000 élèves âgés de 11-19 ans, des écoles secondaires de la Commission scolaire des écoles catholiques de Québec (Bonneau, 1971, 1975, 1977, 1978). Les valeurs psychométriques du test constituent également un facteur important dans le choix de cet instrument d'évaluation.

Chacune des épreuves s'administre de façon individuelle ou collective selon les besoins. Le temps total de passation est en moyenne de 15 minutes pour le questionnaire "Expérience des jeunes de niveau secondaire" (Tousignant, 1983, adapté par Pronovost, 1985) et de 30 minutes pour la seconde épreuve "L'Inventaire du monde expérimentiel" (El-Meligi et Bonneau, 1974).

Description des épreuves expérimentales

Le questionnaire "Expérience des jeunes de niveau secondaire" (Tousignant, 1983, adapté par Pronovost, 1985) est une épreuve écrite qui comporte trois (3) sources d'informations importantes. Une première vise à

receuillir des données sur l'identification des sujets et les facteurs socio-démographiques qui les caractérisent soit: la composition de la famille, l'occupation et la scolarité des parents, l'état de santé du sujet et des membres de sa famille.

En seconde partie, le questionnaire inclut une échelle de dépression: Le "CES-D Dysphoria Scale"² (Radloff, 1977) traduite et expérimentée par Tousignant (1983) auprès des jeunes en milieu collégial francophone dans la région de Montréal. Le CES-D Dysphoria Scale est une échelle descriptive permettant d'évaluer, dans la population générale, la présence actuelle de symptômes dépressifs. Le CES-D Dysphoria Scale comprend l'énoncé de 20 symptômes dépressifs sélectionnés à partir d'une mise en commun d'items, préalablement validés, des échelles de dépression de Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (1961); Dahlstrom et Welsh (1960); Gardner (1968); Raskin, Shulterbrant, Reatig et McKeon (1969) et Zung (1965): voir Radloff (1977). Les items du CES-D Dysphoria Scale se répartissent à l'intérieur des catégories suivantes: les affects dépressifs, les affects positifs, le ralentissement des activités somatiques et les rapports interpersonnels.

A l'aide d'un choix de réponses, le sujet répond, pour lui-même, selon la fréquence d'apparition du symptôme énoncé au cours de la dernière semaine selon la classification suivante: rarement (0-1 jour), quelquefois (1-2 jours), la moitié du temps (3-4 jours), la plupart du temps (5-7 jours).

2 CES-D Dysphoria Scale est l'abréviation de "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977).

Chaque catégorie reçoit un score; la première est cotée zéro (0) et la dernière reçoit une cote de trois (3). Le total minimum est donc de zéro (0) et le total maximum de 60.

Le choix d'une telle échelle se justifie par la qualité de l'information recueillie, la clarté des énoncés, la simplicité de son mode de cotation pour la population adolescente et par ses qualités psychométriques reconnues. A cet effet, des études réalisées par Radloff (1977) auprès de différentes populations, tant générale que clinique, lui ont permis d'établir que l'échelle a une grande consistance interne: 0,85 dans la population générale et 0,90 dans la population clinique; une stabilité acceptable au re-test considérant le caractère imprévisible des événements souvent associés aux symptômes dépressifs. Les mesures de validité effectuées indiquent que le CES-D Dysphoria Scale est un outil sensible aux différents niveaux de la symptomatologie dépressive (Radloff, 1977). En effet, différents auteurs (Beck et al. 1974; Ladame, 1981) indiquent que la présence d'un état dépressif constitue une partie intégrante de tout processus suicidaire. Ainsi, le score obtenu à l'échelle de dépression, associé aux réponses des candidats dépistés, permet de mieux apprécier l'actualité des tendances suicidaires.

Une dernière catégorie de questions vise à évaluer le potentiel suicidaire du sujet. Ces questions reprennent l'essentiel des éléments constitutifs des échelles d'évaluation du potentiel suicidaire connues, celles de Zung (1965), Storck, (1977), Morissette (1984). Au total cinq (5) questions vérifient: la présence d'idéations suicidaires possible, la

planification des moyens pour le passage à l'acte, les événements déclencheurs, le choix d'un confident et les réactions de l'entourage face aux intentions du sujet.

La compilation des réponses à ce questionnaire permet de définir trois (3) sous-groupes constituant la population expérimentale:

- 1) Les adolescents ayant des idéations suicidaires seulement (s.-groupe I).
- 2) Les adolescents ayant des idéations suicidaires avec planification de moyens dangereux et précis de suicide (s.-groupe II).
- 3) Les adolescents ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide (s.-groupe III).

Enfin, le test de "l'Inventaire du monde expérientiel" (El-Meligi et Bonneau, 1974) consiste en une épreuve écrite qui a pour but d'évaluer les changements précoces pouvant survenir dans le monde phénoménologique du sujet, c'est-à dire sur les changements qui interviennent dans sa perception du monde et dans la relation qu'il entretient avec celui-ci. Selon Bonneau (1974), le terme perception est considéré comme un processus actif d'organisation de la réalité globale qui implique la conscience du monde. De plus, l'activité perceptuelle réfère aux processus de sélection, de reconnaissance, de rappel, d'association, d'imagination, d'anticipation et d'attribution de signification à ce qui est perçu.

Le test se compose en première partie ³ de 200 questions à choix VRAI ou FAUX. L'ensemble des questions se répartit en 12 échelles traitant de quatre (4) fonctions psychologiques majeures dans le monde phénoménologique soit: la perception, l'idéation, l'affectivité et la volition. Le tableau 2 en fait la présentation. Cinq (5) échelles principales évaluent chacune un aspect différent de la perception soit: la perception sensorielle, la perception du temps, la perception corporelle, la perception de soi et la perception du milieu. Les trois (3) autres échelles principales celle de la pensée, celle de la dysphorie et celle de la volition traitent respectivement des expériences reliées aux domaines de la pensée, de l'affectivité et de la volition.

Quatre (4) échelles additionnelles ont pour but de préciser certains aspects particuliers des échelles principales, rendant ainsi une information plus complète sur la nature des changements survenus dans l'expérience du sujet. Au plan perceptuel, deux (2) échelles supplémentaires s'ajoutent soit: celle de l'hyperesthésie et celle de l'hypoesthésie. Au plan affectif s'ajoutent les échelles de l'euphorie et de l'anxiété.

Les valeurs psychométriques du test sont établies lors de la standardisation du test en langue française (Bonneau, 1971, 1975, 1977, 1978) à partir de différentes populations, tant clinique que générale, d'adultes et

³ Le test comporte également une deuxième partie composée de 200 autres questions abordant les mêmes aspects que la première. L'emploi de cette autre partie du test est utile pour le re-test auprès du même sujet, ce qui ne s'applique pas ici.

Tableau 2

Présentation de l'Inventaire du
monde expérientiel

Fonctions psychologiques	Echelles
Perception	1) perception sensorielle 2) perception du temps 3) perception du corps 4) perception de soi 5) perception du milieu
	Echelles complémentaires
	9) hyperesthésie 10) hypoesthésie
Idéation	6) idéation
Affectivité	7) dysphorie
	Echelles complémentaires
	11) euphorie 12) anxiété
Volition	8) volition

d'adolescents. La mesure de fidélité est déterminée à partir de méthode de bipartition qui rapporte un coefficient de 0,78 chez les adolescentes et de 0,80 chez les adolescents. D'autres recherches permettent d'établir la consistance interne de l'instrument à l'aide de tests de corrélation comparant chaque partie du test avec le score global des échelles de chaque

groupe de population observée. Les hommes reçoivent une moyenne de 0,93 tandis que les femmes obtiennent une moyenne de 0,92. La méthode de re-test est également utilisée sur une période de cinq (5) mois établissant le coefficient de fidélité à 0,70.

La validité du test est démontrée, entre autre, par la comparaison de l'instrument avec le M.M.P.I. Les échelles de paranoïa (Pa), de psychasténie (Pt) et de schizophrénie (Sc) obtiennent les plus hautes corrélations moyennes avec l'ensemble des échelles du test. Les coefficients sont respectivement de 0,58, 0,51 et de 0,64. L'échelle d'hypocondrie a une corrélation de 0,47 avec l'échelle de la perception du corps du test de l'Inventaire du monde expérimentiel. La corrélation de l'échelle de dépression du M.M.P.I. avec les échelles de dysphorie est de 0,54, avec celle d'euphorie de 0,68, et celle d'anxiété, 0,54.

La correction du test s'effectue à l'aide de douze (12) clés de correction. Chaque échelle réfère à une clé de correction qui lui est propre où est évalué le degré de pathologie correspondant aux aspects mesurés par l'échelle. Les réponses se subdivisent en deux catégories: les réponses majeures qui valent deux (2) points⁴ et les réponses mineures qui reçoivent un (1) point. L'ensemble des scores bruts sont traduits ensuite en scores T lesquels sont rapportés sur un tableau profil incluant des normes

⁴ Est considéré comme réponse majeure, tout énoncé pour lequel 5% des sujets d'un groupe normal de 200 personnes répondent dans le sens pathologique.

de comparaison où la moyenne est de 50 avec un écart-type de 10. Une analyse quantitative et qualitative du profil ainsi obtenu permet l'interprétation du test selon les critères prévus à cet effet (Bonneau, 1974). Au plan clinique, l'analyse du contenu précise le sens et les caractéristiques des résultats de chaque échelle.

Un score élevé à chaque échelle doit être interprété comme des indices de pathologie accrus sauf à l'échelle d'euphorie où un score faible ou trop élevé constitue également un indice de pathologie.

Echelle de la perception du corps

L'échelle de la perception du corps constitue le principal objet de cette étude. Elle traite essentiellement de l'image corporelle. Cette dernière réfère notamment à l'intégrité, au dynamisme et à la maîtrise corporels ainsi qu'à la présence de frontières corporelles. Les énoncés peuvent se distribuer en trois grandes catégories d'expériences permettant ainsi de mieux évaluer certaines dimensions de l'image corporelle. La première concerne les plaintes somatiques, celles-ci font référence à des sensations physiques telles la sensation d'être engourdi ou transpercé d'aiguilles. La deuxième traite des attitudes affectives à l'égard de son apparence physique telles la gêne causée par des défauts physiques réels ou imaginaires, l'anxiété au sujet de son intégrité corporelle ou des contacts physiques. La dernière catégorie regroupe les énoncés ayant trait à des sensations étranges et à des distortions de l'image corporelle.

Selon Bonneau (1973) des scores qui se situent entre 50 et 60 à cette échelle dénotent la présence d'un certain malaise, tel de l'inconfort physique, une évaluation négative de son propre corps des préoccupations hypochondriaques ou de l'anxiété concernant son intégrité physique. Des scores supérieurs à 60 indiquent la présence de perturbations plus sévères notamment des distortions dans l'image corporelle.

Déroulement de l'expérience

Tous les élèves de secondaire II (N=180), secondaire III (N=185) et secondaire IV (N=153) sont rencontrés et évalués à la polyvalente Val-Mauricie dans leur groupe-classe respectif. L'expérimentation se réalise pendant les heures régulières de cours par des évaluateurs préalablement entraînés à cet effet et en présence de l'enseignant responsable du groupe d'élèves à ce moment.

L'administration des tests s'effectue en groupe, sur un mode d'autopassation. À l'arrivée de chaque groupe, les épreuves expérimentales sont distribuées à chaque étudiant. Les directives sont les mêmes pour tous et elles concernent: l'objet de la recherche, la présentation des épreuves expérimentales et leur ordre de passation, la participation volontaire du sujet et finalement, la disponibilité des évaluateurs au cours de la journée pour toutes questions concernant la nature de la recherche. Les consignes sont présentées à l'appendice B.

Chaque sujet répond aux épreuves expérimentales dans le même ordre: le questionnaire "Expérience des jeunes de niveau secondaire" (Tousignant, 1983; adapté par Pronovost, 1985) et ensuite le test "Inventaire du monde expérientiel" (El-Meligi et Bonneau, 1974). L'évaluateur responsable prend note des questions et commentaires des sujets susceptibles d'amener des éléments à considérer dans la correction des épreuves expérimentales.

Une fois l'expérience terminée, chaque groupe de sujets est remercié de sa collaboration. Au total, 518 sujets participent à l'expérience. Chaque épreuve expérimentale est ensuite corrigée manuellement, tous les questionnaires incomplets sont rejetés.

Formation de la population expérimentale

La population expérimentale est constituée à partir de l'analyse des résultats du questionnaire de dépistage "Expérience des jeunes de niveau secondaire" (Tousignant, 1983; adapté par Pronovost, 1985).

Les critères pour le choix de cette population portent, en premier lieu, sur l'évaluation du potentiel suicidaire actuel des sujets selon la présence de l'un ou l'autre des aspects suivants:

- présence d'idéations suicidaires sérieuses et fréquentes chez le sujet.
(s.-groupe 1)
- présence d'idéations suicidaires sérieuses et fréquentes chez le sujet avec planification de moyens létaux pour le passage à l'acte.(s.-groupe 2)

- présence d'idéations suicidaires sérieuses incluant une ou plusieurs tentatives de suicide (s.-groupe 3).

En conséquence, chacun des aspects énumérés constitue le repère pour la délimitation des groupes de la population expérimentale. Un second critère, utilisé conjointement au premier, est l'évaluation de l'état dépressif actuel des sujets dépistés, celui-ci fournissant un indice supplémentaire du potentiel suicidaire. Cette évaluation est établie à partir des résultats obtenus à l'échelle CES-D Dysphoria Scale du questionnaire mentionné précédemment, où un score significativement élevé par rapport à la moyenne totale de l'échantillonnage constitue un degré de dépression accru (Radloff, 1977).

Noles et al. (1985) ont fixé le seuil indicateur d'un état dépressif à un total de 20 et plus chez les jeunes adultes. Pour la polyvalente, le total moyen se chiffre à 15,49 avec un écart-type de 12,83. Un total de 20 est retenu ici comme seuil indicateur d'un état dépressif. Un total de 107 sujets à tendances suicidaires est dépisté, ce qui représente 20,7% de la population examinée (N=518), soit un (1) adolescent sur cinq (5). Parmi ceux-ci, 45 sujets ont été retenus car ils présentent un état dépressif actuel beaucoup plus élevé que la moyenne des jeunes évalués. De ce groupe, 35 de ces sujets obtiennent un total supérieur au seuil de 30 et 10 sujets obtiennent un résultat se situant entre 20 et 30 ce qui les situe au delà du seuil retenu par Noles et al. (1985) et à un peu plus d'un écart-type de la moyenne totale de la polyvalente. La présence de cet état dépressif leurs confère un risque suicidaire accru. Ces sujets composent le groupe

Tableau 3

Résultats moyens obtenus à l'échelle
de dépression CES-S Dysphoria Scale
pour la population expérimentale

Groupes	N	moyenne	écart-type
1. idée suicidaire seulement	15	31,73	7,81
2. idée suicidaire et moyens	15	40,20	8,31
3. tentative(s) de suicide	15	36,00	13,23
4. état dépressif seulement	15	31,00	3,96
5. groupe contrôle	45	10,33	5,11

expérimental qui est subdivisé en trois sous-groupes expérimentaux. Le premier sous-groupe se compose de 15 jeunes qui présentent des idées suicidaires seulement, le deuxième est constitué de 15 jeunes qui manifestent des idées suicidaires et qui ont également élaborés des moyens de suicide et le dernier sous-groupe comporte 15 autres jeunes qui ont fait une (1) ou plusieurs tentatives de suicide. Le tableau 3 rapporte la distribution des sujets composant le groupe expérimental selon les résultats moyens obtenus à l'échelle CES-D Dysphoria Scale (Raldoff, 1977).

Egalement, un groupe contrôle comparable est créé afin de permettre la vérification des hypothèses de travail concernant la perception du corps chez l'adolescent à tendances suicidaires. Le choix des sujets de ce groupe

Tableau 4

Age moyen des sujets formant
la population expérimentale

Groupes	N	moyenne	écart-type
1. idée suicidaire seulement	15	15,13	1,25
2. idée suicidaire et moyens	15	14,47	1,25
3. tentative(s) de suicide	15	14,73	1,03
4. état dépressif seulement	15	14,93	0,70
5. groupe contrôle	45	14,64	1,12

contrôle est basé sur la comparabilité des caractéristiques socio-démographiques des sujets, avec celle du groupe expérimental, concernant le sexe, l'âge, la scolarité et l'occupation des parents, le bilan de santé du sujet et de sa famille. De plus, l'absence de potentiel suicidaire actuel ou passé et l'absence d'état dépressif marqué constituent un second critère retenu pour la création de ce groupe contrôle. Le tableau 4 présente l'âge moyen des sujets retenus pour la population expérimentale.

En dernier lieu, l'analyse des résultats obtenus au questionnaire "Expérience des jeunes de niveau secondaire" (Tousignant, 1983, adapté par Pronovost, 1985) révèle un nombre important de sujets présentant un état dépressif, comparable à celui du groupe expérimental, sans manifester de ten-

dances suicidaires. L'intérêt de tels résultats donne lieu à la création d'un groupe supplémentaire permettant de mieux circonscrire la nature de la perception du corps chez l'adolescent qui vit un état dépressif, comparativement à celle de l'adolescent qui, en plus de vivre un état dépressif, manifeste des tendances suicidaires. Comme ce groupe supplémentaire n'est pas le principal objet de cette étude, il occupe une place secondaire dans l'analyse et l'interprétation des résultats présentés au chapitre suivant.

Chapitre III

Analyse des résultats

Méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyse utilisées consistent en des analyses de variance à un facteur, complétées par des tests de Scheffé et des tests du CHI-carré. Egalement, des tests-t ont été calculé ainsi qu'un coefficient de concordance de Kendall.

Résultats

La présentation des résultats comporte quatre parties: La première partie de l'exposé des résultats consiste en une analyse plus globale des résultats obtenus par les différents groupes de la population étudiée et ce, pour l'ensemble de l'Inventaire du Monde Expérientiel (E.W.I.) (El-Meligi et Bonneau, 1973). Cette présentation apparaît nécessaire étant donné que le profil des adolescents à tendance suicidaire n'a jamais été établi à l'aide de l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1973). La seconde traite des différences retrouvées entre les groupes à l'échelle de la perception du corps (échelle 3) de l'E.W.I.. La troisième partie explore les regroupements d'items en trois catégories: les attitudes affectives à l'égard du corps, les plaintes somatiques de même que les distortions de l'image corporelle et les sensations étranges. Egalement, les différents types de réponses, majeures ou mineures, seront étudiés. La dernière partie

étudie les relations obtenues entre les groupes et le sexe pour chacun des énoncés constituant cette échelle.

Le tableau 5 rapporte les moyennes et les écart-types des résultats obtenus à l'Inventaire du monde expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974) pour chacun des groupes et chacune des 12 échelles. Comme le démontre le tableau, les sous-groupes expérimentaux I, II et III obtiennent des moyennes nettement plus élevées que le groupe contrôle et ce, pour l'ensemble des échelles sauf l'échelle 11 (euphorie) où le groupe contrôle obtient une moyenne légèrement supérieure aux sous-groupes expérimentaux. Le groupe IV quant à lui, se situe légèrement en dessous des moyennes de ces derniers.

De façon générale, les moyennes des sous-groupes expérimentaux I, II et III demeurent sensiblement les mêmes à l'intérieur de chaque échelle. Il est à noter que l'échelle de la perception de Soi (échelle 4) obtient la moyenne la plus élevée de l'inventaire pour les sous-groupes expérimentaux I et III ainsi que le groupe de jeunes présentant un état dépressif. De même, l'échelle de la dysphorie (échelle 7) constitue un sommet pour le groupe II. L'échelle d'euphorie (échelle 11), quant à elle, obtient le score moyen le plus bas de l'E.W.I. et ce, pour les trois sous-groupes expérimentaux de même que pour le groupe IV, ce qui n'est guère surprenant car celle-ci est l'opposé de l'échelle de dysphorie. En ce qui concerne le groupe contrôle, l'échelle 8 (volition) constitue un sommet pour ce groupe alors que l'échelle 5 (perception du milieu) obtient la moyenne la plus faible de l'E.W.I.

Tableau 5

Moyenne et écart-type des résultats obtenus
à l'Inventaire du monde Expérientiel
pour chacun des groupes

groupes	échelles											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. idéation \bar{x}	57.40	58.33	57.87	65.13	59.73	61.13	63.33	61.87	57.27	58.00	40.20	62.07
seulement σ	8.51	10.87	10.09	10.24	10.81	10.48	10.31	9.23	7.23	8.73	5.83	9.11
2. idéation \bar{x}	61.93	60.80	63.93	69.00	59.60	63.00	71.27	65.20	61.73	63.40	39.60	66.80
et moyen σ	11.13	11.58	10.45	9.12	12.87	9.60	8.50	13.44	11.22	11.67	12.38	10.10
3. tentative \bar{x}	61.40	62.53	63.13	68.73	61.07	61.20	65.33	62.40	63.27	62.33	42.00	62.67
suicide σ	12.11	16.74	14.15	14.01	13.74	10.58	12.84	11.96	9.89	14.84	10.47	13.61
4. état dé- \bar{x}	56.87	57.40	53.87	59.47	52.33	57.20	58.73	56.53	57.07	58.80	43.33	58.80
pressif σ	10.82	5.90	11.89	10.38	12.29	9.78	10.17	10.08	11.46	14.24	10.83	12.03
5. groupe \bar{x}	44.25	42.43	44.80	48.41	37.41	48.71	39.84	49.41	49.16	46.57	48.00	41.82
contrôle σ	10.79	11.52	10.17	9.14	13.27	9.99	9.53	9.60	10.47	11.66	12.28	11.31

Analyse des différences entre les groupes pour l'ensemble de l'Inventaire du monde expérientiel

Les résultats des analyses de variance, rapportés au tableau 6, démontrent que les sous-groupes expérimentaux I, II et III obtiennent des moyennes supérieures à celles du groupe contrôle pour la totalité des échelles de l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974) et ce, de façon significative. Egalement, un test de Scheffé (,05) a permis de

Tableau 6

Analyse de la variance des résultats
des groupes expérimentaux et contrôle
à l'Inventaire du Monde Expérientiel

échelles	source de variation	degré de liberté	carré moyen	F
1	groupe	3	1958,50	16,97**
2	groupe	3	2480,39	16,02**
3	groupe	3	2213,88	18,43**
4	groupe	3	2784,11	26,37**
5	groupe	3	3835,99	23,01**
6	groupe	3	1278,63	12,51**
7	groupe	3	5497,92	53,61**
8	groupe	3	1433,37	12,57**
9	groupe	3	1094,42	10,85**
10	groupe	3	1679,09	11,99**
11	groupe	3	421,69	3,37*
12	groupe	3	3664,20	29,15**

*p <,02

**p <,00009

constater qu'à l'échelle 9 (Hyperesthésie) le sous-groupe I et le groupe contrôle ne se différencient pas significativement.

Cependant, les résultats des analyses de variance rapportés au tableau 7 démontrent que les sous-groupes expérimentaux ne se différencient pas significativement du groupe IV sauf à l'échelle de dysphorie ($F=3,63$; $p<,02$). Un test de Scheffé situe cette différence entre le groupe II et le groupe IV ($p<,05$). Egalement, aucune différence significative n'est observée entre les trois groupes expérimentaux.

Tableau 7

Analyse de la variance des résultats
des groupes expérimentaux et du groupe IV
à l'Inventaire du Monde Expérientiel

échelles	source de variation	degré de liberté	carré moyen	F
1	groupe	3	104,18	,44 NS
2	groupe	3	81,89	,42 NS
3	groupe	3	335,49	2,43 NS
4	groupe	3	296,06	2,41 NS
5	groupe	3	234,73	1,51 NS
6	groupe	3	89,80	,88 NS
7	groupe	3	404,93	3,63 *
8	groupe	3	196,51	1,54 NS
9	groupe	3	148,20	1,46 NS
10	groupe	3	104,20	,66 NS
11	groupe	3	43,67	,42 NS
12	groupe	3	161,84	1,26 NS

NS non significatif, * $p < ,02$,

Analyse des différences entre les groupes pour l'échelle de la perception du corps

Les résultats de l'analyse de la variance, rapportés au tableau 6, démontrent que les sous-groupes expérimentaux I, II et III obtiennent des moyennes supérieures à celles du groupe contrôle pour l'échelle de la perception du corps et ce, de façon significative ($F=18,43$; $p < ,00009$). Ces résultats permettent de vérifier la première hypothèse selon laquelle les adolescents à tendances suicidaires présentent une perception de le corps différente des adolescents non-suicidaires.

Cependant, les résultats rapportés au tableau 7 démontrent que cette différence significative ne se rencontre pas entre le groupe IV et les sous-groupes expérimentaux. Egalement, aucune différence significative n'est observée entre les résultats des trois sous-groupes expérimentaux ce qui indique que les sujets de ces groupes, de façon générale, répondent similairement aux énoncés constituant l'échelle de la perception du corps.

Par la suite les items ont été regroupés en différentes catégories suggérées par Bonneau (1974). Celles-ci sont respectivement: les plaintes somatiques, les attitudes affectives à l'égard de son apparence physique ainsi que les sensations étranges et les distortions de l'image corporelle. Comme seulement sept (7) items sur les 25 avaient été classés par Bonneau, en partant des exemples de chaque catégorie fournis par ce dernier, l'ensemble des items fût reclassé par cinq (5) juges différents. Un coefficient de concordance de Kendall a été calculé afin d'établir le niveau d'accord entre les juges. Les résultats sont très satisfaisants ($W=0,74$; $p<,00009$; ce qui permet de procéder à des analyses à l'aide de ces catégories. Le classement de chaque item est présenté à l'appendice C.

Analyse des différences entre les groupes pour différents regroupements d'items

Les résultats des analyses de variance rapportés au tableau 8 démontrent que les jeunes ayant des tendances suicidaires présentent des différences significatives avec les adolescents non-suicidaires en ce qui concerne les attitudes affectives envers son apparence physique ($F=9,74$;

Tableau 8

Analyse de la variance des résultats
des groupes expérimentaux et contrôle
à chacune des catégorie d'items
de l'échelle de la perception du corps

catégories	source de variation	degré de liberté	carré moyen	F
Plaintes somatiques	groupe	3	74,40	10,83*
Attitudes affectives	groupe	3	31,88	9,74*
Sensations étranges et distortions	groupe	3	125,78	15,54*

* $p < 0,00009$

$p < 0,00009$). Egalement ces différences se rencontrent aussi au niveau des plaintes somatiques ($F=10,83$; $p < 0,00009$) ainsi qu'au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle ($F=15,54$; $p < 0,00009$).

Les jeunes présentant des tendances suicidaires produisent significativement plus de réponses ayant trait à l'une ou l'autre de ces catégories que les adolescents du groupe contrôle. Egalement, un test de Scheffé ($,05$) permet de constater qu'au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle, les adolescents qui ne présentent que des idées suicidaires ne se différencient pas de façon significative des jeunes du groupe contrôle.

Cependant, ces différences ne se retrouvent pas entre les adolescents

tableau 9

Analyse de la variance des résultats
des groupes expérimentaux et du groupe IV
à chacune des catégories d'items
de l'échelle de la perception du corps

catégories	source de variation	degré de liberté	carré moyen	F
Plaintes somatiques	groupe	3	7,38	0,78
Attitudes affectives	groupe	3	10,99	2,26
sensations étranges et distortions	groupe	3	41,13	2,82*

* $p < ,05$

présentant des tendances suicidaires et les jeunes qui manifestent un état dépressif (Tableau 9). Une différence significative entre ces groupes se rencontre au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle ($F=2,82$; $p < ,05$). Un test de Scheffé ne permet pas de situer où se retrouve la ou les différence(s). Par contre, les résultats moyens rapportés au tableau 10 rapportent une grande différence entre les résultats des adolescents qui forment le sous-groupe III et ceux qui présentent un état dépressif. Il est à constater la grande hétérogénéité des groupes.

Egalement, les items ont été regroupés en deux autres groupes. Ceux qui constituent les réponses majeures; c'est-à-dire qu'ils reçoivent deux (2) points lorsqu'ils sont répondus "vrai". Ces items ont un caractère plus

Tableau 10

Moyennes et écart-types des résultats
obtenus à chacune des catégories d'items
de l'échelle de la perception du corps
pour chacun des groupes

groupes	plaintes somatiques		attitudes affectives		sensations étran- ges et distortions	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
1.idéation	3,53	2,90	2,80	2,68	2,27	1,28
2.Idéation et moyen	4,60	2,75	3,13	1,80	4,67	4,76
3.tentative	4,87	3,68	3,27	2,49	5,20	4,68
4.état dép.	3,53	2,85	1,40	1,68	1,93	3,45
5.contrôle	1,26	1,98	1,00	1,00	0,33	0,87

pathologique que les réponses mineures qui elles, constituent le deuxième groupe de réponses. Ces items obtiennent un (1) point lorsqu'ils sont répondus "vrai".

Les résultats des analyses de variance rapportés au tableau 11 permettent de constater la présence de différence significative en ce qui concerne les résultats obtenus pour les réponses mineures ($F=18,43$; $p<,00009$) entre les groupes expérimental et contrôle. Des tests de Scheffé ($,05$) situent cette différence entre chacun des trois sous-groupes expérimentaux avec le groupe contrôle. Egalement, une différence significative

Tableau 11

Analyse de la variance des résultats
des groupes expérimentaux et contrôle
à chacun des types de réponses de
l'échelle de la perception du corps

type de réponses	source de variation	degré de liberté	carré moyen	F
mineures	groupe	3	73,77	18,43*
majeures	groupe	3	280,45	13,54*

* $p < ,00009$

est observée au niveau des résultats obtenus par les groupes pour les réponses majeures ($F=13,54$; $p < ,00009$). Des tests de Schéffé ($,05$) situent les différences obtenus entre les sous-groupes II et III avec le groupe contrôle. Le sous-groupe I quant à lui ne se distingue pas de façon significative du groupe contrôle.

Les résultats des analyses de variance rapportés au tableau 12 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative observée entre les résultats des sous-groupes du groupe expérimental et le groupe IV que ce soit au niveau des réponses mineures ou majeures.

Analyse des différences entre les sexes pour différents regroupements d'items

Des test-t ont été effectués afin de vérifier s'il existe des

Tableau 12

Analyse de la variance des résultats
des groupes expérimentaux et du groupe IV
à chacun des types de réponses de
l'échelle de la perception du corps

type de réponses	source de variation	degré de liberté	carré moyen	F
mineures	groupe	3	11,51	1,77
majeures	groupe	3	73,67	2,20

différences significatives entre les sexes au sein de chacun des groupes expérimental et contrôle.

Le tableau 14 présente les moyennes et les écart-types obtenus à chacune des catégories d'items pour l'échelle de la perception du corps en fonction du groupe et du sexe. Des test-t effectués entre les filles et les garçons du groupe expérimental démontrent que les différences ne sont pas significatives entre ceux-ci que ce soit au niveau des plaintes somatiques ($t(43) = 0,30$; NS), des attitudes affectives à l'égard de son apparence physique ($t(43) = -1,53$; NS) ou des sensations étranges et des distortions de l'image du corps ($t(43) = -0,57$; NS).

Le même phénomène s'observe entre les filles et les garçons du groupe contrôle. Les test-t effectués entre ces derniers ne rapportent aucune

Tableau 13

Moyennes et écart-types des résultats
obtenus à chacun des types de réponses
de l'échelle de la perception du corps
pour chacun des groupes

groupes	rép. majeure		rép. mineure	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
1. idéation	5,33	3,68	3,27	2,40
2. idéation et moyen(s)	7,87	6,70	4,53	2,03
3. tentative(s)	8,93	7,25	4,40	3,31
4. état dépressif	4,13	4,81	2,73	2,25
5. contrôle	1,58	2,12	1,00	1,02

différence significative au niveau des plaintes somatiques ($t(41) = -0,19$; NS) et des attitudes affectives à l'égard de son apparence physique ($t(41) = -1,29$; NS). Cependant, une différence significative est observée entre les garçons et les filles du groupe contrôle au niveau des sensations étranges et des distorsions de l'image corporelle ($t(41) = -2,18$; $p < ,05$).

Par la suite, les filles du groupe expérimental et celles du groupe contrôle ont été comparées entre elles. Les test-t rapportent des différences significatives au niveau des plaintes somatiques ($t(56) = 4,66$; $p < ,0009$), des attitudes affectives à l'égard de son apparence physique ($t(56) = 4,48$; $p < ,0009$) ainsi qu'au niveau des sensations étranges et des

Tableau 14

Moyennes et écart-types des résultats
obtenus à chacune des catégories d'items
de l'échelle de la perception du corps
pour les groupes expérimental et contrôle
selon le sexe

groupes	plaintes somatiques		attitudes affectives		sensations étran- ges et distortions	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
expérimental						
filles	4,43	3,12	2,70	2,04	3,80	4,15
garçons	4,13	3,27	3,80	2,70	4,53	3,94
contrôle						
filles	1,21	2,08	0,86	0,93	0,07	0,38
garçons	1,33	1,84	1,27	1,10	0,80	1,27

distortions de l'image corporelle ($t(56) = 4,90$; $p < ,0009$). Les filles du groupe expérimental présentent des résultats moyens significativement plus élevés que celles du groupe contrôle.

La même situation se rencontre entre les garçons du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle. Les garçons du groupe expérimental obtiennent des résultats significativement plus élevés que ceux du groupe contrôle au niveau des plaintes somatiques ($t(28) = 3,36$; $p < ,003$), des attitudes affectives à l'égard de son apparence physique ($t(28) = 3,36$; $p < ,003$) ainsi qu'au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle ($t(28) = 3,49$; $p < ,003$).

Tableau 15

Moyennes et écart-types des résultats
obtenus à chacun des types de réponses
de l'échelle de la perception du corps
pour les groupes expérimental et contrôle
selon le sexe

groupes	rép. majeure		rép. mineure	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
expérimental				
filles	6,67	6,11	4,27	2,65
garçons	8,60	6,13	3,67	2,66
contrôle				
filles	1,14	1,58	1,00	0,94
garçons	2,40	2,75	1,00	1,20

Le tableau 15 rapporte les moyennes et les écarts-types obtenus à chacun des types de réponses de l'échelle de la perception du corps pour les groupes expérimental et contrôle en fonction du sexe. Des test-t ont été effectués afin de vérifier si les différences observées sont significatives.

En premier lieu, les filles et les garçons du groupe expérimental ont été comparés entre eux. Les test-t démontrent que les différences ne sont pas significatives tant au niveau des réponses mineures ($t(43) = 0,71$; NS) que des réponses majeures ($t(43) = -1,10$; NS). Par la suite, les filles et les garçons du groupe contrôle ont également été comparés entre eux. Encore

une fois, aucune différence significative n'a été observée que ce soit au niveau des réponses mineures ($t(41) = -1,91$ NS) ou des réponses majeures ($t(41) = 0,00$; NS).

Ensuite, les filles de chacun des groupes ont été comparé entre elles toujours avec des test-t. Les différences observées sont significatives tant au niveau des réponses mineures ($t(56) = 6,33$; $p < ,0009$) que des réponses majeures ($t(56) = 4,78$; $p < ,0009$), les filles du groupe expérimental obtenant des résultats supérieurs à celles du groupe contrôle. Pareillement, les garçons du groupe expérimental obtiennent des résultats significativement plus élevés au niveau des réponses mineures ($t(28) = 3,54$; $p < ,002$) ainsi qu'au niveau des réponses majeures ($t(28) = 3,69$; $p < ,002$).

Analyse des relations entre les items constituant l'échelle de la perception du corps et les groupes

Les résultats obtenus pour chacun des énoncés furent comparés entre les groupes afin de vérifier s'il existe des relations significatives entre les différents énoncés et les groupes. Etant donné le petit nombre de sujets dans chacun des sous-groupes expérimentaux, ceux-ci ne sont pas traités de façon individuelle. Egalement, plusieurs items ont dû être rejetés en raison du trop petit nombre de réponses affirmatives de la part du groupe contrôle ceci afin de satisfaire aux conditions d'application du test du Chi carré. Le tableau 16 rapporte les résultats des Chi-carré pour les groupes expérimental et contrôle.

Tableau 16

Comparaison du groupe expérimental
et du groupe contrôle pour chacun des items
de l'échelle de la perception du corps

Items	nombre de sujets ayant ré- pondu par l'affirmative		χ^2	p
	gr. exp.	gr. contr.		
31. En train de perdre mes dents.	0	0	-	-
32. J'ai mauvaise haleine.	12	6	1,47	NS
36. Mes muscles sont flasques.	18	7	4,97	,03
48. Ne puis ouvrir la bouche.	12	4	-	-
77. Perdre ma masculinité (ma féminité).	10	0	-	-
79. Jambes se meuvent difficilement.	19	2	-	-
81. Couleur de ma peau me cause des soucis.	18	0	-	-
84. Ma voix semble venir de loin.	16	0	-	-
93. Ma peau est très sensible.	21	8	6,62	,01
100. Mon corps n'est pas symétrique.	23	7	10,37	,001
103. Corps transpercé d'aiguilles.	16	4	-	-
107. Mon corps est engourdi.	16	5	5,67	,02
108. Ma tête va éclater.	22	5	12,66	,0004
119. Sang abonde à mon cerveau.	11	2	-	-
120. Je déteste ceux qui me touchent.	17	9	4,49	NS
123. Mes hanches sont anormalement larges.	15	2	-	-
126. Je suis tout pourri en dedans.	18	0	-	-
130. Je me sens changé en pierre.	12	1	-	-
131. Je me sens physiquement bien (faux).	22	6	10,81	,001
159. J'ai peur pour mes organes génitaux.	3	2	-	-
163. Miniature de moi-même.	11	2	-	-
170. Mes bras sont anormalement courts.	5	0	-	-
174. Mes mains: pas de la même grandeur.	10	3	-	-
193. Mon sang est pollué.	12	0	-	-
195. Ma peau est très collante.	10	2	-	-

Seulement six (6) items présentent des relations significatives entre les groupes. Cependant, il est à noter que plusieurs items sont répondus affirmativement par plusieurs adolescents du groupe expérimental

Tableau 17

Comparaison du groupe expérimental
et du groupe IV pour chacun des items
de l'échelle de la perception du corps

Items	nombre de sujets ayant ré- pondu par l'affirmative gr. exp. (/45) gr. IV. (/15)		χ^2	P
31. En train de perdre mes dents.	0	0	-	-
32. J'ai mauvaise haleine.	12	4	-	-
36. Mes muscles sont flasques.	18	9	0,36	NS
48. Ne puis ouvrir la bouche.	12	1	-	-
77. Perdre ma masculinité (ma féminité).	10	2	-	-
79. Jambes se meuvent difficilement.	19	6	0,00	NS
81. Couleur de ma peau me cause des soucis.	18	2	-	-
84. Ma voix semble venir de loin.	16	4	-	-
99. Ma peau est très sensible.	21	4	-	-
100. Mon corps n'est pas symétrique.	23	6	0,20	NS
103. Corps transpercé d'aiguilles.	16	1	-	-
107. Mon corps est engourdi.	16	4	-	-
108. Ma tête va éclater.	22	7	0,00	NS
119. Sang abonde à mon cerveau.	11	2	-	-
120. Je déteste ceux qui me touchent.	17	2	-	-
123. Mes hanches sont anormalement larges.	15	3	-	-
126. Je suis tout pourri en dedans.	18	3	-	-
130. Je me sens changé en pierre.	12	2	-	-
131. Je me sens physiquement bien (faux).	22	7	0,00	NS
159. J'ai peur pour mes organes génitaux.	3	0	-	-
163. Miniature de moi-même.	11	1	-	-
170. Mes bras sont anormalement courts.	5	1	-	-
174. Mes mains: pas de la même grandeur.	10	0	-	-
183. Mon sang est pollué.	12	2	-	-
195. Ma peau est très collante.	10	0	-	-

mais ce phénomène ne se rencontre pas parmi les jeunes du groupe contrôle.

Le tableau 17 rapporte les résultats obtenus pour le groupe expérimental et le groupe de jeunes présentant un état dépressif. Aucune relation

Tableau 18

Distribution de fréquences et pourcentage
en fonction de chacun des groupes et sous-groupes
pour chacun des items de l'échelle
de la perception du corps

Items	nombre de sujets ayant répondu par l'affirmative									
	s-gr. 1		s-gr. 2		s-gr. 3		groupe 4		gr.cont.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	(15)		(15)		(15)		(15)		(43)	
31. En train de perdre mes dents.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
32. J'ai mauvaise haleine.	5	33,33	4	26,67	3	20,00	4	26,67	6	13,95
36. Mes muscles sont flasques.	6	40,00	4	26,67	8	53,33	8	53,33	7	16,28
48. Ne puis ouvrir la bouche.	3	20,00	6	40,00	3	20,00	1	6,67	4	9,33
77. Perdre ma masculinité (ma féminité).	0	0,00	4	26,67	6	40,00	2	13,33	0	0,00
79. Jambes se meuvent difficilement.	7	46,67	4	26,67	8	53,33	6	40,00	2	4,65
81. Couleur de ma peau me cause des soucis.	6	40,00	6	40,00	6	40,00	2	13,33	0	0,00
84. Ma voix semble venir de loin.	5	33,33	6	40,00	5	33,33	4	26,67	0	0,00
93. Ma peau est très sensible.	6	40,00	8	53,33	7	46,67	4	26,67	8	18,60
100. Mon corps n'est pas symétrique.	8	53,33	7	46,67	8	53,33	6	40,00	7	16,28
103. Corps transpercé d'aiguilles.	2	13,33	7	46,67	7	46,67	1	6,67	4	9,33
107. Mon corps est engourdi.	3	20,00	6	40,00	7	46,67	4	26,67	5	11,63
108. Ma tête va éclater.	4	26,67	10	66,67	8	53,33	7	46,67	5	11,63
119. Sang abonde à mon cerveau.	1	6,67	4	26,67	6	40,00	2	13,33	2	4,65
120. Je déteste ceux qui me touchent.	4	26,67	7	46,67	6	40,00	2	13,33	9	20,90
123. Mes hanches sont anormalement larges.	5	33,33	4	26,67	6	40,00	3	20,00	2	4,65
126. Je suis tout pourri en dedans.	4	26,67	6	40,00	8	53,33	3	20,00	0	0,00
130. Je me sens changé en pierre.	2	13,33	5	33,33	5	33,33	2	13,33	1	2,33
131. Je me sens physiquement bien (faux).	6	40,00	10	66,67	6	40,00	7	46,67	6	13,95
159. J'ai peur pour mes organes génitaux.	1	6,67	1	6,67	1	6,67	0	0,00	2	4,65
163. Miniature de moi-même.	3	20,00	5	33,33	3	20,00	1	6,67	2	4,65
170. Mes bras sont anormalement courts.	2	13,33	2	13,33	1	6,67	1	6,67	0	0,00
174. Mes mains: pas de la même grandeur.	2	13,33	3	20,00	5	33,33	0	0,00	3	6,98
193. Mon sang est pollué.	2	13,33	5	33,33	5	33,33	2	13,33	0	0,00
195. Ma peau est très collante.	2	13,33	3	20,00	5	33,33	0	0,00	2	4,65

significative ne se rencontre entre ces deux groupes. Cependant, il est possible d'observer certaines tendances pour quelques items. Les sujets du groupe expérimental tendent à répondre en plus fort pourcentage sur quelques

items: les items 174 et 195 (G.E.=22,22%; G.IV=0%), l'item 103 (G.E.=35,56%; G.IV=6,67%) et l'item 48 (G.E.=26,67%; G.IV=6,67%).

Analyse des relations entre les items constituant l'échelle de la perception du corps et le sexe

Les résultats obtenus pour chacun des énoncés furent comparés afin de vérifier s'il existe des relations entre ceux-ci et le sexe des sujets. Cette comparaison n'a pu se faire que pour les sujets du groupe expérimental et ceux du groupe contrôle, les sujets présentant un état dépressif étant en nombre insuffisant.

Pour chacun des groupes, les filles ont été comparé aux garçons à l'intérieur du même groupe. Les résultats présentés aux tableaux 19 et 20 indiquent qu'il n'y a pas de relation entre le sexe et le fait de répondre "vrai" aux items que ce soit à l'intérieur du groupe expérimental ou contrôle.

Pour le groupe expérimental, de façon générale, les proportions restent sensiblement les mêmes entre les filles et les garçons (tableau 19). Cependant, sur quelques items des tendances s'observent tels les items 77 et 195 où les filles répondent "vrai" en plus fort pourcentage (F=26,67%; G=13,33%) et l'item 174 où les garçons répondent "vrai" en plus grand pourcentage (F=10%; G=46,67%).

En ce qui concerne le groupe contrôle, les relations sont moins

Tableau 19

Comparaison entre le sexe pour le
groupe expérimental pour chacun des items
de l'échelle de la perception du corps

Items	nombre de sujets ayant ré- pondu par l'affirmative filles(N=30) garçons(N=15)		I ²	P
31. En train de perdre mes dents.	0	0	-	-
32. J'ai mauvaise haleine.	8	4	-	-
36. Mes muscles sont flasques.	13	5	0,10	NS
48. Ne puis ouvrir la bouche.	8	4	-	-
77. Perdre ma masculinité (ma féminité).	8	2	-	-
79. Jambes se meuvent difficilement.	11	8	0,56	NS
81. Couleur de ma peau me cause des soucis.	14	4	-	-
84. Ma voix semble venir de loin.	10	6	0,01	NS
93. Ma peau est très sensible.	16	5	0,90	NS
100. Mon corps n'est pas symétrique.	14	9	0,28	NS
103. Corps transpercé d'aiguilles.	10	6	0,01	NS
107. Mon corps est engourdi.	11	5	0,00	NS
108. Ma tête va éclater.	16	6	0,28	NS
119. Sang abonde à mon cerveau.	7	4	-	-
120. Je déteste ceux qui me touchent.	11	6	0,00	NS
123. Mes hanches sont anormalement larges.	11	4	-	-
126. Je suis tout pourri en dedans.	12	6	0,00	NS
130. Je me sens changé en pierre.	6	6	1,15	NS
131. Je me sens physiquement bien (faux).	16	6	0,28	NS
159. J'ai peur pour mes organes génitaux.	1	2	-	-
163. Miniature de moi-même.	5	6	1,82	NS
170. Mes bras sont anormalement courts.	2	3	-	-
174. Mes mains: pas de la même grandeur.	3	7	-	-
193. Mon sang est pollué.	7	5	0,13	NS
195. Ma peau est très collante.	8	2	-	-

claires parce que les sujets de ce groupe répondent "vrai" en nombre insuffisant. Cependant, il est à constater que les garçons répondent "vrai" aux items en plus forte proportion que les filles pour quelques items:

Tableau 20

Comparaison entre le sexe pour le
groupe contrôle pour chacun des items
de l'échelle de la perception du corps

Items	nombre de sujets ayant ré- pondu par l'affirmative		X ²	p
	filles(N=30)	garçons(N=15)		
31. En train de perdre mes dents.	0	0	-	-
32. J'ai mauvaise haleine.	4	2	-	-
36. Mes muscles sont flasques.	5	2	-	-
48. Ne puis ouvrir la bouche.	2	2	-	-
77. Perdre ma masculinité (ma féminité).	0	0	-	-
79. Jambes se meuvent difficilement.	1	1	-	-
81. Couleur de ma peau me cause des soucis.	0	0	-	-
84. Ma voix semble venir de loin.	0	0	-	-
93. Ma peau est très sensible.	8	0	-	-
100. Mon corps n'est pas symétrique.	5	2	-	-
103. Corps transpercé d'aiguilles.	1	3	-	-
107. Mon corps est engourdi.	2	3	-	-
108. Ma tête va éclater.	3	2	-	-
119. Sang abonde à mon cerveau.	1	1	-	-
120. Je déteste ceux qui me touchent.	6	3	-	-
123. Mes hanches sont anormalement larges.	1	1	-	-
126. Je suis tout pourri en dedans.	0	0	-	-
130. Je me sens changé en pierre.	0	1	-	-
131. Je me sens physiquement bien (faux).	4	2	-	-
159. J'ai peur pour mes organes génitaux.	0	2	-	-
163. Miniature de moi-même.	0	2	-	-
170. Mes bras sont anormalement courts.	0	0	-	-
174. Mes mains: pas de la même grandeur.	1	2	-	-
193. Mon sang est pollué.	0	0	-	-
195. Ma peau est très collante.	0	2	-	-

l'item 103 (F=3,33%; G=20%), l'item 107 (F=6,67%; G=20%), les items 159, 163 et 195 (F=0%; G=13,33%) et l'item 174 (F=3,33%; G=13,33%). Les filles obtiennent un plus fort pourcentage seulement à l'item 93 (F=26,67%; G=0%).

Interprétation des résultats

En ce qui concerne les résultats globaux à l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974), il est à remarquer l'écart qui existe entre les jeunes qui présentent des tendances suicidaires et les adolescents non-suicidaires. En effet, toutes les échelles présentent des différences significatives, les jeunes suicidaires obtenant des moyennes nettement plus élevées que les adolescents non-suicidaires. Selon les critères d'interprétation de l'E.W.I., des scores aussi élevés indiquent entre autre, que les jeunes à tendances suicidaires ne perçoivent plus le monde comme les autres adolescents le perçoivent. Une étude sommaire du profil obtenus par les adolescents à tendances suicidaires à l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974), permet de distinguer certains traits caractérisants les jeunes à tendances suicidaires. Ces derniers manifestent une mauvaise perception de soi pouvant se traduire notamment, par une attitude de dévalorisation (échelle 4). Egalement, il apparaît que ces jeunes ont tendance à diriger leur agressivité contre eux-mêmes plutôt que vers le monde extérieur (échelle 4 > échelle 5). La combinaison des cinq échelles perceptuelles en rapport avec l'échelle de dysphorie (échelle 7) révèle que les problèmes affectifs dominant sur les problèmes perceptuels. De plus, ces jeunes présentent un déficit au niveau de l'efficacité intellectuelle pouvant se manifester par une concentration réduite, des problèmes de mémoire et une surcharge d'idées (échelle 6). Ils manifestent également un manque d'autonomie, et vivent possiblement l'expérience d'être victime d'impulsions étrangères au moi et de l'agitation (échelle 8). La combinaison des trois

échelles représentant des aspects différents de la dépression (dysphorie, euphorie et anxiété) révèle que ces jeunes sont pessimistes avec des ressources de joie amoindries. Egalement, ils vivent un niveau d'anxiété élevé ainsi qu'une forte présence d'affects dépressifs. Une étude détaillée du contenu permettrait d'enrichir ce profil sommaire mais dépasserait le cadre de la présente recherche. Cependant, il est à constater la similarité de ce profil avec certaines caractéristiques brossées au chapitre premier, concernant les aspects sociaux et psychologiques.

Il est à noter également la progression qui existe entre les moyennes des trois sous-groupes expérimentaux même si les différences observées ne sont pas significatives. Cette observation s'inscrit dans la notion de continuum suicidaire rapporté par plusieurs auteurs (Beck et al., 1979; voir Bonner et Rich, 1987; Chabrol, 1984; Morissette, 1984).

La première hypothèse voulait que les adolescents à tendance suicidaire présentent une perception de leur corps différente des jeunes non-suicidaires. Les résultats obtenus (voir tableau 5) confirment cette hypothèse. Les jeunes suicidaires démontrent une perception de leur corps plus négative que les adolescents non-suicidaires. L'analyse de contenu effectuée ultérieurement permettra de mieux cerner en quoi leur perception diffère de celle des autres adolescents.

La deuxième hypothèse se trouve également confirmée puisque les jeunes qui présentent des tendances suicidaires manifestent significativement plus de plaintes somatiques (voir tableau 8) que les adolescents non-

suicidaires. Pour près de la moitié de ces jeunes, les plaintes somatiques semblent se manifester surtout à travers un sentiment de malaise physique général (item 131) et ce, plus particulièrement chez les jeunes qui ont élaborés des moyens de suicide. Egalement, ces jeunes et ceux qui ont fait des tentatives semblent habités par la peur de ne plus être capables de se contenir (item 108) ce qui rejoint les propos de Ladame (1981) lorsqu'il parle de la difficulté qu'a le jeune suicidaire à contenir ses pulsions, ces dernières étant vécues comme étant corporelles. Egalement Laufer (1968) rejoint sensiblement cette pensée lorsqu'il fait état du sentiment qu'a le jeune suicidaire de n'avoir aucun contrôle sur son corps. Certains adolescents manifestent l'impression de ne plus avoir de tonus musculaire (item 36). Ceci rejoint plus spécifiquement les jeunes qui présentent uniquement des idées suicidaires et ceux qui ont fait des tentatives de suicide. Près de la moitié des jeunes à tendances suicidaires présentent une sensibilité exagérée au niveau de l'enveloppe corporelle ce qui suggère que la peau ne joue peut être plus entièrement son rôle protecteur, c'est-à-dire le rôle de frontière entre le dedans et le dehors. Cet état est fréquemment rapporté dans la littérature. Ladame (1981) y fait référence lorsqu'il mentionne la difficulté qu'a le jeune suicidaire à reconnaître ses frontières somato-psychiques. Egalement, Lester (1967) a tenté de vérifier une hypothèse semblable lors d'une étude sur les frontières corporelles chez des suicidaires adultes. Cependant, il n'a pas trouvé de relation entre la perméabilité des frontières corporelles et le fait d'avoir accompli une tentative de suicide.

La troisième hypothèse se trouve vérifiée elle aussi; les jeunes qui ont des tendances suicidaires manifestent plus d'attitudes affectives négatives envers leur apparence physique que les adolescents qui ne présentent pas de tendance suicidaire (voir tableau 8). Les items qui sont répondus "vrai" le plus fréquemment dans cette catégorie, concerne plus l'extérieur (ce qui est visible) que l'intérieur. Chez la moitié de ces jeunes il est à constater la préoccupation qui existe au sujet de l'intégrité physique (items 100 et 123). Ceci rejoint les propos de Davidson et Choquet (1981) lorsqu'elles mentionnent que le jeune suicidaire s'interroge à savoir si son corps ne diffère pas de celui des autres adolescents. Même si cette préoccupation est présente chez la plupart des jeunes au cours de l'adolescence, elle semble susciter plus d'inquiétude chez les jeunes à tendances suicidaires. Ce fait rejoint les propos de Gorceix et Zimbacca (1968) ainsi que ceux de Ladame (1981) lorsqu'ils mentionnent la manifestation de jugements péjoratifs de la part des jeunes suicidaires concernant leur corps . Egalement, on retrouve encore cette crainte au niveau tégumentaire (item 81), ainsi qu'une haine des contacts physiques (item 120) qui affecte plus particulièrement les jeunes ayant élaborés des moyens de suicide et ceux qui ont fait des tentatives de suicide.

La quatrième hypothèse se trouve partiellement confirmée. Les jeunes qui présentent des tendances suicidaires sont significativement plus sujets à présenter des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle que les adolescents non-suicidaires (voir tableau 8). Cependant, les résultats démontrent que ce fait ne s'applique pas aux jeunes qui ne manifestent

que des idées suicidaires. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ne présentant que des idées suicidaires sont au début du processus suicidaire et, possiblement, ils vivent un état de déséquilibre moins intense comparativement aux autres adolescents qui eux, sont plus avancés dans le processus suicidaire. Les jeunes qui ont élaboré des moyens et ceux qui ont fait des tentatives présentent un sentiment d'être mauvais à l'intérieur (item 126). Cet état rejoint la théorie concernant le suicide vu comme un acte d'agression envers le parent internalisé. Dans celle-ci, il est fréquemment rapporté que le suicide a pour but de détruire la partie "mauvaise" à l'intérieur de soi (Botta, 1974). Egalement, les jeunes qui ont fait des tentatives vivent une anxiété face à leur identité sexuelle (item 77), ce qui rejoint les propos de Ladame (1981) lorsqu'il mentionne la présence de troubles de l'identité sexuelle chez les jeunes suicidaires.

La dernière hypothèse ne se trouve pas vérifiée. Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles à tendances suicidaires que ce soit au niveau des plaintes somatiques, des attitudes affectives à l'égard de l'apparence physique ou des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle. Ceci est étonnant car au niveau de la littérature sur l'adolescence, des différences entre les sexes sont fréquemment rapportées (Claes, 1983; Clifford, 1971; Simmons et Rosenberg, 1975). Cependant, les résultats obtenus vont dans le même sens que ceux rapportés par Bonneau (1971). Ce dernier n'a pas trouvé de différence significative entre les sexes au niveau du score brut total obtenu à l'échelle de la perception du corps sauf entre les filles et les garçons du

secondaire I. Par contre, il obtient des liens significatifs entre les sexes sur certains items composant cette échelle. Ces résultats laissent croire que le test l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974), est peu sensible aux différences entre les sexes au niveau de l'échelle de la perception du corps.

Cependant, il est possible d'observer une légère tendance chez les garçons à obtenir des moyennes plus élevées que les filles dans les diverses catégories, que ce soit au sein du groupe de jeunes à tendances suicidaires ou du groupe d'adolescents non-suicidaires. Chez ces derniers, on observe même une différence significative entre les sexes au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle, les garçons étant plus enclins à ce phénomène. Bonneau (1978) a obtenu une tendance similaire au niveau des scores bruts, que ce soit à l'échelle de la perception du corps ou aux autres échelles. Donc la tendance observée coïncide avec celle rapportée par Bonneau (1978). Également, au niveau des scores bruts de l'échelle de la perception du corps, il obtient des écarts-types aussi élevés que les moyennes ce qui concorde avec les données de la présente étude.

Une analyse qualitative du contenu permet de ressortir certaines tendances différentes entre les sexes. Le sentiment d'être mauvais à l'intérieur ainsi qu'un sentiment de malaise physique global sont présents chez les adolescents des deux sexes. La peur de ne plus se contenir et l'inquiétude concernant l'intégrité physique se rencontrent également chez les deux sexes. Par contre, les filles semblent manifester plus d'inquiétude que les

garçons en ce qui concerne leur enveloppe corporelle . Ces derniers semblent plus préoccupés par l'aspect "mécanique" de leur corps, c'est-à-dire qu'ils semblent percevoir une sorte de ralentissement moteur, également leur intégrité physique les inquiètent plus que les filles.

Au niveau des réponses mineures et des réponses majeures, des différences significatives sont retrouvées entre les adolescents qui présentent des tendances suicidaires et ceux qui n'en manifestent pas. Cependant, les jeunes qui présentent uniquement des idées suicidaires ne se différencient pas de façon significative des adolescents qui n'en présentent pas au niveau de la production de réponses majeures. Ce résultat s'apparente à celui retrouvé au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle. Ceci pourrait refléter encore une fois, des perturbations moins graves chez ces jeunes. Egalement, il n'apparaît aucune différence significative entre les garçons et les filles, en ce qui a trait aux items majeurs ou mineurs. Cependant, les garçons ont tendance à fournir plus de réponses majeures et moins de réponses mineures que les filles et ce, tant chez les adolescents à tendances suicidaires qu'au sein des jeunes qui ne manifestent pas de tendance suicidaire.

Egalement, il est possible d'observer une évolution au sein des jeunes qui présentent des tendances suicidaires. Les adolescents présentant uniquement des idées suicidaires obtiennent des résultats moyens inférieurs aux autres adolescents à tendances suicidaires. Ces résultats se retrouvent au niveau des plaintes somatiques, des attitudes affectives à l'égard de

l'apparence physique, des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle, des réponses mineures ainsi que des réponses majeures. Les jeunes qui ont fait des tentatives de suicide obtiennent des résultats moyens légèrement supérieurs à ceux qui ont élaboré des moyens de suicide. Ce fait se retrouve presque à tous les regroupements d'items sauf au niveau des réponses mineures. Il est donc possible d'observer une progression entre ces jeunes, mais sans que les différences rencontrées soient statistiquement significatives. Le nombre peu élevé de sujets et par conséquent de réponses fournies dans chaque catégorie, peut expliquer cette absence de différence statistiquement significative. Cependant, cette observation rejoint la notion de continuum suicidaire déjà mentionnée précédemment.

Egalement, les adolescents à tendances suicidaires ne se différencient pas de façon significative des jeunes qui manifestent un état dépressif. Ceci s'observe tant au niveau du résultat global à l'échelle de la perception du corps qu'au niveau des différents groupements d'items. Cependant, les adolescents à tendances suicidaires obtiennent des résultats supérieurs à ceux qui manifestent un état dépressif sans que ces différences ne soient significatives sauf au niveau des sensations étranges et des distortions de l'image corporelle. L'absence de différence peut s'expliquer en partie par la présence d'un état dépressif qui caractérise tous ces groupes de jeunes. Egalement, il est difficile de séparer suicide et état dépressif puisque chez certains jeunes, la présence de cet état peut marquer le début d'un processus suicidaire (Cassoria, 1979: voir Emery, 1983). De plus, le faible nombre du groupe de jeunes présentant un état dépressif rend les comparaisons plus difficiles.

L'analyse qualitative du contenu permet de faire émerger certaines tendances. Les jeunes qui présentent un état dépressif produisent sensiblement des réponses similaires aux adolescents qui ont uniquement des idées suicidaires. Ce qui semble différencier ces deux groupes de jeunes concerne l'enveloppe corporelle. En effet, l'inquiétude au sujet de celle-ci est beaucoup moins fréquente chez les jeunes qui présentent un état dépressif. Ce qui suppose qu'ils se sentent moins vulnérables aux "dangers" pouvant provenir de l'extérieur. Les différences sont plus nombreuses entre ces derniers et les adolescents qui ont élaborés des moyens et ceux qui ont fait des tentatives de suicide. Le sentiment d'être mauvais à l'intérieur est beaucoup moins présent chez les jeunes qui vivent un état dépressif. Egalement, la haine concernant les contacts physiques se rencontre beaucoup moins souvent chez ces derniers.

Suite aux résultats obtenus, il est donc possible de dresser un profil concernant la perception des jeunes à tendances suicidaires à l'égard de leur corps. Les adolescents qui ne manifestent que des idées suicidaires présentent une perception de leur corps négative mais vivent ce malaise moins intensément que les autres jeunes à tendances suicidaires. Plus de la moitié de ces adolescents semblent s'inquiéter au sujet de leur intégrité physique (item 100) alors que près de la moitié éprouvent un ralentissement moteur (item 79) ainsi qu'une hypotonie (item 36). Ces deux derniers faits sont des caractéristiques souvent associées à un état dépressif, d'ailleurs, ce sont deux items présents chez près de la moitié des jeunes qui vivent un état dépressif. Egalement, 40% des jeunes qui ne présentent que des idées

suicidaires manifestent de l'anxiété au niveau de leur intégrité corporelle. Le même nombre semble éprouver un malaise physique plus général donnant l'impression qu'ils sont "mal" dans leur peau.

Quant à eux, les jeunes qui ont élaboré des moyens de suicide et ceux ayant fait des tentatives de suicide vivent sensiblement les mêmes choses. Cependant, ces deux sous-groupes présentent quelques caractéristiques de plus comparativement au sous-groupe I. Notamment, ces jeunes se caractérisent par la crainte de ne plus être capable de se contenir (item 108), qui se rencontre chez plus de la moitié d'entre eux. Egalement, le sentiment d'être mauvais à l'intérieur (item 126) est présent chez près de la moitié de ces jeunes, ce qui n'est pas le fait de ceux du sous-groupe I. Le sous-groupe composé des jeunes qui ont fait des tentatives se distingue au niveau de l'anxiété concernant l'identité sexuelle (item 77) qui est présente chez près de la moitié d'entre eux.

Conclusion

Le principal objectif de cette recherche était d'étudier la perception du corps chez des adolescents présentant des tendances suicidaires. Cette recherche était justifiée par le fait qu'il existe peu d'études traitant du vécu expérientiel et plus spécifiquement de la perception du corps chez ces adolescents. Egalement, ces derniers constituent un groupe cible pour le dépistage et l'identification des signes précurseurs de tentatives de suicide.

Pour atteindre cet objectif, un questionnaire de dépistage intitulé Expérience des jeunes de niveau secondaire (Tousignant, 1983; adapté par Pronovost, 1985) a été utilisé ainsi qu'un test de personnalité: Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974). Ces derniers ont été administrés à 518 adolescents de la polyvalente Val-Mauricie de Shawinigan. Les réponses du premier questionnaire ont permis de dépister et de classer en trois sous-groupes les jeunes présentant des tendances suicidaires. Le premier sous-groupe se composait d'adolescents ayant des idéations suicidaires seulement. Le deuxième se constituait de jeunes ayant des idées suicidaires avec planification de moyens dangereux et précis de suicide et le dernier sous-groupe regroupait les jeunes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Le deuxième questionnaire a permis notamment d'évaluer la perception du corps chez ces adolescents. Par la suite, un groupe expérimental composé de 45 jeunes présentant des tendances suicidaires a été

comparé à un groupe égal d'adolescents ne présentant pas de telles tendances. Egale-ment, un groupe supplémentaire de jeunes vivant uniquement un état dépressif a été créé et comparé avec le groupe d'adolescents présentant des tendances suicidaires. Les comparaisons ont porté sur le score global de l'échelle de la perception du corps et sur les trois catégories de réponses de cette échelle soit: les plaintes somatiques, les attitudes affectives envers son apparence physique, ainsi que les sensations étranges et les distortions de l'image corporelle.

Les résultats démontrent que les jeunes à tendances suicidaires se distinguent très nettement des autres adolescents. Ils perçoivent leur corps beaucoup plus négativement que les jeunes du groupe contrôle. Egale-ment, ils manifestent plus de plaintes somatiques, éprouvent des attitudes affectives négatives envers leur apparence physique et sont plus enclins à éprouver des sensations étranges ainsi que des distortions de leur image corporelle comparativement aux adolescents non-suicidaires. Cependant, aucune différence significative entre les sexes n'apparaît. Egale-ment, des différences entre les sous-groupes expérimentaux apparaissent cependant ces différences ne sont pas statistiquement significatives. De même, la comparaison du groupe expérimental avec le groupe de jeunes présentant un état dépressif ne démontre aucune différence significative sauf en ce qui concerne les sensations étranges et les distortions de l'image corporelle.

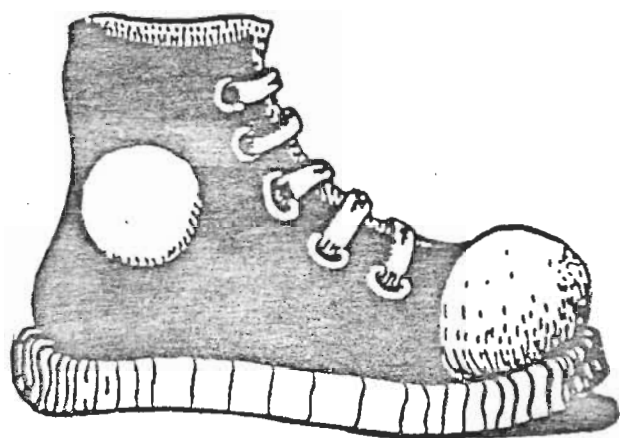
Nous croyons que le faible nombre de sujets des sous-groupes expérimentaux et du groupe de jeunes vivant un état dépressif limitent la

portée et l'interprétation des résultats. Egalement, comme les adolescents évalués sont encore intégrés dans leur milieu, il aurait été intéressant de comparer les sous-groupes expérimentaux avec un groupe de jeunes hospitalisés suite à une tentative de suicide afin de vérifier si ces derniers obtiendraient des résultats plus élevés à l'E.W.I. que les jeunes dépistés à l'école.

Quant à elle, l'analyse qualitative du contenu offre des pistes d'interprétations intéressantes notamment en ce qui concerne les préoccupations des jeunes à tendances suicidaires. Ces préoccupations concernent leur intégrité physique et le rôle déficient de la peau en tant qu'enveloppe protectrice et frontière corporelle. L'anxiété concernant l'identité sexuelle offre également une piste intéressante chez les adolescents qui ont fait des tentatives de suicide. Ces thèmes pourraient faire l'objet d'études plus approfondies avec des instruments de mesure plus spécifiques. Egalement, une étude plus détaillée de l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1974) au niveau de l'analyse global du contenu enrichirait la compréhension du vécu des jeunes suicidaires et permettrait de mieux situer la place et l'importance qu'occupe la perception du corps chez les jeunes à tendances suicidaires.

Appendice A

Epreuves expérimentales



**Expérience
des jeunes de
niveau secondaire**

I. VOICI UNE SÉRIE DE QUESTIONS NOUS PERMETTANT DE MIEUX TE CONNAITRE...

A. NOM: _____

PRÉNOM: _____

GROUPE/CLASSE: _____

B. AGE: _____ ans

C. SEXE: F _____ M _____

D. Quel est ton état de santé? Bon _____ Mauvais _____

E. Souffres-tu de maladie? Oui _____ Non _____

Si oui, laquelle? _____

Depuis quand? _____

Parles-nous de ta famille...

F. Est-ce que tu habites avec: tes deux parents _____

ta mère seulement _____

ton père seulement _____

une famille d'accueil _____

autres (spécifie) _____

G. Depuis combien de temps? _____

H. Quelle est l'occupation actuelle de tes parents?

Père _____

Mère _____

I. Quel est le degré de scolarité?

Père _____

Mère _____

J. Combien de frères et de soeurs as-tu?

Frères _____

Soeurs _____

K. Quel est ton rang dans la famille? _____

(tu te situes par rapport à l'aîné qui occupe le 1er rang)

L. Y-a-t-il des membres de ta famille qui souffrent de certaines maladies?

Oui _____

Non _____

Si oui, qui en souffre? _____

Quelle maladie? _____

Depuis quand? _____

2. VOICI UNE SÉRIE DE QUESTIONS CONCERNANT CERTAINS ÉTATS QUE TU AS PEUT-ÊTRE RESENTIS OU CERTAINS COMPORTEMENTS QUE TU AS PU AVOIR AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE. PEUX-TU INDiquer DANS QUELLE MESURE TU AS VÉCU DE TELLES EXPÉRIENCES DURANT CETTE PÉRIODE.

rarement quelquefois la moitié du temps la plupart du temps
(0-1 jour) (1-2 jours) (3-4 jours) (5-7 jours)

- A. J'étais tracassé(e) par des choses qui habituellement ne me tracassent pas.

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

- B. Je n'avais pas envie de manger, je n'avais pas d'appétit.

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

- C. Je sentais que je n'étais pas capable de me sortir de mes idées noires, même avec l'aide de ma famille ou de mes amis.

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

- D. Je sentais que j'étais aussi bon(ne) que les autres.

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

- E. J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que j'étais en train de faire.

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

- F. Je me sentais déprimé(e).

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

- G. J'avais l'impression que tout ce que je faisais me demandais un effort.

rarement ____ quelquefois ____ la moitié du temps ____ la plupart du temps ____

H. Je me sentais confiant(e) à propos du futur.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

I. Je pensais que ma vie était un échec.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

J. J'étais anxieux (se) ou inquiet(e).

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

K. Mon sommeil était agité.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

L. J'étais heureux(x)se.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

M. Il m'a semblé que je parlais moins que d'habitude.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

N. Je me sentais seul(e).

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

O. Les gens n'étaient pas sympathiques.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

P. Je prenais plaisir à la vie.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

Q. Il y avait des périodes où je pleurais.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

R. Je me sentais triste.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

S. Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

T. Je n'arrivais pas à me mettre en marche.

rarement ____quelquefois ____la moitié du temps ____la plupart du temps ____

3. VOICI MAINTENANT QUELQUES QUESTIONS QUI CONCERNENT PLUS PRÉCISEMENT LE
THEME DU SUICIDE. IL NOUS APPARAÎT IMPORTANT DE POSER CES QUESTIONS
PARCE QUE CE PHÉNOMÈNE PREND DE PLUS EN PLUS D'AMPLEUR DANS LA VIE DES
JEUNES AU QUÉBEC.

A. As-tu déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue?

Jamais ____ rarement ____ quelquefois ____ souvent ____

B. T'est-il arrivé de te sentir tellement découragé(e) que tu aurais voulu
mourir?

Jamais ____ rarement ____ quelquefois ____ souvent ____

C. T'est-il arrivé de penser sérieusement à te suicider?

Oui ____ Non ____

Si oui, quand cela t'est-il arrivé? _____

Combien de temps cette idée t'a-t-elle habitée? _____

Était-ce relié à un événement particulier?

Oui ____ Non ____

Si oui, lequel? _____

D. Si tu as déjà pensé au suicide, as-tu imaginé des plans ou des moyens
pour le réaliser?

Oui ____ Non ____

Si oui, peux-tu nous le ou les décrire? _____

As-tu songé sérieusement à mettre ces plans à exécution?

Oui _____ Non _____

Si oui, as-tu mis ces plans à exécution?

Oui _____ Non _____

Si oui, combien de fois? _____

Cela fait combien de temps? _____

E. As-tu confié à quelqu'un que tu avais l'intention de te suicider?

Oui _____ Non _____

Si oui, à qui? _____

Quelle a été sa réaction? _____

F. T'est-il déjà arrivé d'avoir envie de te confier à quelqu'un sans trouver personne pour t'écouter?

Oui _____ Non _____

S'il t'arrivait de traverser des expériences difficiles, à qui aimerais-tu te confier?

A un ami(e) _____

A mes parents _____

Au psychologue de l'école _____

Au travailleur social _____

A un professeur _____

A l'infirmière de l'école _____

Autres (précise) _____

NOUS TE REMERCIONS D'AVOIR COLLABORÉ A CETTE RECHERCHE. S'IL TE RESTE DES QUESTIONS OU SI TU VEUX ÉCHANGER SUR LE SUJET, N'HÉSITES PAS A NOUS CONTACTER.

INVENTAIRE DU MONDE EXPERIENTIEL

PAR

A. MONEIM EL-MELIGI, Ph.D.

et

HUMPHRY OSMOND, MRCP, DPM.

Traduction et adaptation

par

GUY BONNEAU, L.Ps.

DIRECTIVES

Ce questionnaire comporte un certain nombre d'énoncés qui représentent une large variété d'expériences, ordinaires et extraordinaires, qu'on peut vivre à un moment ou l'autre de sa vie.

Ces énoncés vous aideront à préciser vos pensées et vos propres sentiments à propos de vous-même, des autres gens et de la vie en général.

Lisez chaque énoncé avec soin et décidez si c'est y répondre par VRAI ou par FAUX qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à présent. Une fois votre choix fait, répondez sur la feuille de réponses qu'on vous a remise. En face du numéro qui rappelle le numéro de la question, vous trouverez deux cases. Noircissez la case qui correspond à votre réponse: celle de la colonne V (vrai) si l'énoncé est vrai par rapport à vous, ou celle de la colonne F (faux) si l'énoncé est faux par rapport à vous. Effacez complètement toute réponse que vous voulez modifier.

Par exemple, voici un énoncé qui aurait pu se trouver dans l'Inventaire.

401. Je me sens bien.

Si vous trouvez que cela décrit bien l'état où vous vous trouvez, vous marquez ainsi la feuille-réponses:

V	F
401. <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous pensez que cela ne correspond pas à votre état, vous marquez alors comme ceci votre feuille-réponses:

V	F
401. <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Il sera parfois difficile de vous décider. A ce moment-là choisissez la réponse qui se rapproche davantage de votre expérience présente. Remarquez qu'il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Chaque personne est différente. Chacun doit dire ce qui est vrai ou faux par rapport à lui-même.

Ne prenez pas trop de temps à réfléchir. Travaillez aussi rapidement que vous le pouvez. Notez bien que TOUS LES ENONCES DOIVENT RECEVOIR une réponse "VRAI" ou "FAUX".

Maintenant vous pouvez commencer à répondre au questionnaire. Vérifier bien si vous avez le bon côté de la feuille de réponses: les numéros doivent correspondre. N'écrivez rien dans ce livret.

PREMIERE PARTIE

- 1 Les mauvais jours vont passer.
- 2 Les couleurs me plaisent.
- 3 Je m'endors difficilement.
- 4 J'ai maintenant des idées complètement différentes de celles que j'ai toujours eues sur la religion et le monde.
- 5 En général, on comprend mes intentions.
- 6 Le temps passe plus vite pendant la journée.
- 7 Parler est ce qui me soulage le plus.
- 8 Quand j'ai travaillé longtemps de manière tendue, j'ai de terribles maux de tête.
- 9 Mes yeux sont devenus extrêmement sensibles à la lumière.
- 10 Quand je suis très heureux, je trouve qu'il est difficile de m'endormir ou de me concentrer.
- 11 Je me trouve différent de ce que j'aurais voulu être.
- 12 Je lis sans pouvoir saisir le sens de ce que je lis.
- 13 L'avenir me fait peur.
- 14 Je suis continuellement pressé sans savoir pourquoi.
- 15 Je n'attends plus grand chose de la vie.
- 16 Les escaliers me semblent très raides.
- 17 Je souhaiterais avoir vécu dans les temps anciens.
- 18 La musique que j'aimais ne résonne plus aussi harmonieusement qu'avant.
- 19 A certaines périodes rien ne peut détourner mon attention d'une tâche que j'aime.
- 20 Quoi que je fasse j'ai l'impression que je devrais faire autre chose.
- 21 Souvent j'ai l'impression que les édifices sont sur le point de s'écrouler.

- 22 Parfois je parle tout simplement pour me convaincre que j'existe.
- 23 Les mouvements brusques me font peur maintenant.
- 24 Deux personnalité opposées se trouvent en moi.
- 25 Parfois je ne suis pas moi-même.
- 26 Le temps s'est arrêté pour moi.
- 27 Souvent les animaux essaient de se moquer de moi.
- 28 Il est trop tard.
- 29 Je me sens d'humeur à massacrer les gens désordonnés.
- 30 Souvent la lumière du soleil m'éblouit.
- 31 Je rêve souvent que je perds mes dents.
- 32 Je suis gêné parce que je crois avoir une mauvaise haleine.
- 33 Je puis facilement surmonter l'ennui.
- 34 Les angles droits, comme ceux qui forment les murs avec les planchers, semblent parfois arrondis.
- 35 Je me sens fortement poussé à défigurer les hommes.
- 36 J'ai l'impression que mes muscles sont excessivement flasques.
- 37 Il est trop tard pour essayer d'être quelqu'un.
- 38 Je me demande pourquoi les autres sont si rébarbatifs.
- 39 Des idées étranges me viennent à l'esprit, je ne sais d'où.
- 40 Tout me semble aller au ralenti.
- 41 Je ne puis fixer les yeux sur quoi que ce soit.
- 42 Je puis lire les pensées des autres.
- 43 Les rues semblent s'élargir.
- 44 Je crois avoir découvert les secrets de l'univers.
- 45 Quand je lis, j'ai l'impression que les lettres s'entremêlent.
- 46 Parfois, quand je lis, les lignes imprimés vacillent de haut en bas.

- 47 Je ne suis pas de mon siècle.
- 48 Les objets me semblent très près les uns des autres.
- 50 Je dois toujours me tenir sur mes gardes.
- 51 Ma famille serait bien mieux si elle était morte.
- 52 Les gens et les choses ont l'air aplatis comme un film qu'on projette sur un écran.
- 53 J'ai l'impression que mes membres ne m'appartiennent plus.
- 54 A certains moments je quitte mon corps.
- 55 A l'intérieur de moi-même c'est tout comme s'il y avait de moins en moins d'élan vital.
- 56 Je trouve le langage des gens de plus en plus obscur.
- 57 J'aimerais m'échapper de mon corps.
- 58 Je me sens si vieux.
- 59 Je ne sais si les gens s'adressent à moi ou à quelqu'un d'autre.
- 60 Les autres me déçoivent toujours.
- 61 Que ce soit le jour ou la nuit, cela ne me fait pas de différence.
- 62 Sans le froid ou la neige, je ne saurais pas que c'est l'hiver.
- 63 Je ne suis rien.
- 64 Les gens sont toujours en train de marmotter quelque chose.
- 65 Les gens agissent comme si je n'étais pas là.
- 66 Les pensées m'envahissent à une telle allure que je ne puis en discuter.
- 67 Mon corps est trop tendu.
- 68 Je ne puis m'empêcher de sentir toutes sortes d'odeurs.
- 69 Souvent la nourriture a un goût étrange et déplaisant.
- 70 J'aime voir mon nom imprimé.
- 71 La voix des autres résonne comme si elle venait de loin.
- 72 Je me rends à peine compte de la suite des jours et des nuits.

- 73 J'ai peu de respect pour moi-même.
- 74 La voix des autres semble aiguë et rauque.
- 75 Ma mémoire s'est considérablement affaiblie.
- 76 Le regard des autres me semble perçant.
- 77 J'ai l'impression de perdre ma masculinité (ma féminité).
- 78 Les mets n'ont plus de senteur.
- 79 J'ai l'impression que mes jambes ne se meuvent plus aussi facilement.
- 80 Parfois je goûte les sons avec ma bouche.
- 81 La couleur de ma peau me cause des soucis.
- 82 Le monde serait meilleur sans les faibles.
- 83 Mon nom me porte malheur.
- 84 Ma voix me semble venir de loin.
- 85 Certains prennent le même air que moi et agissent exactement de la même façon.
- 86 En général, les gens ont de bonnes raisons pour la plupart de leurs actions.
- 87 Les terreurs de l'enfer approchent.
- 88 Parfois je me demande quel goût peut avoir la chair humaine.
- 89 J'ai souvent des affaires de coeurs avec des personnes qui ne m'intéressent même pas.
- 90 Tout le monde semble avoir changé depuis peu.
- 91 Tout a maintenant un sens spécial pour moi.
- 92 Je ne puis me concentrer dans mes pensées.
- 93 Ma peau est très sensible.
- 94 Les vieilles femmes m'écoeurent.
- 95 Les chats me taquinent.
- 96 Je prends plaisir à m'imaginer les gens transformés en insectes.
- 97 La vie est un drame stupide.

- 98 Je suis un raté.
- 99 L'idée de mettre des animaux à mort me plaît.
- 100 Mon corps n'est pas tout à fait symétrique.
- 101 Je suis assailli par des idées de meurtres.
- 102 J'ai parfois une forte envie de mordre quelqu'un.
- 103 De temps en temps, je sens mon corps transpercé d'aiguilles.
- 104 Je prend plaisir à disséquer des grenouilles.
- 105 Je préfère les bêtes aux humains.
- 106 Je suis sorti trop vite de l'enfance.
- 107 J'ai l'impression que mon corps est engourdi.
- 108 J'ai l'impression que ma tête va éclater.
- 109 Les gens ont confiance en moi.
- 110 Je souffre d'une maladie mentale.
- 111 J'ai été sexuellement attiré par des hommes (ou des femmes) pour qui j'ai peu de considération.
- 112 Les scènes de sang me fascinent.
- 113 Je ne suis pas comme ma mère aurait voulu que je sois.
- 114 J'ai envie de mettre le feu.
- 115 Je m'égare plus facilement maintenant.
- 116 Je ne sais pas si je suis un homme ou une femme.
- 117 Les gens me sourient curieusement.
- 118 Le temps peut guérir ma peine.
- 119 Le sang semble parvenir à mon cerveau en quantité énorme.
- 120 Je détestent les gens qui me touchent.
- 121 J'aurais été bien mieux si j'avais été quelqu'un d'autre.
- 122 J'aime acheter de nouvelles choses même si je n'en ai pas particulièrement besoin.
- 123 Mes hanches sont anormalement larges.

- 124 L'ordre est une qualité fondamentale de la nature.
- 125 Il est rare que je me tracasse beaucoup.
- 126 Je suis tout pourri en dedans.
- 127 Je constitue un véritable fardeau pour ma famille.
- 128 Je me déteste.
- 129 Je puis sentir le pouls de ceux dont je serre la main.
- 130 Je me sens changé en pierre.
- 131 Je me sens physiquement bien.
- 132 On me traite comme un animal.
- 133 Parfois, quand je regarde les autres, les formes se dilatent et se contractent.
- 134 Je suis si lassé de moi-même que la vie m'est un fardeau.
- 135 Je devrais me tuer.
- 136 Les autres veulent voir mes organes génitaux.
- 137 Je ne puis m'imaginer plus vieux que je suis actuellement.
- 138 Sans mon travail je ne serais rien.
- 139 j'aime à rencontrer du monde.
- 140 Je n'ai pas de volonté.
- 141 L'intelligence est la seule chose qui compte dans le monde.
- 142 Parfois je ne sais pas si je suis en train de parler ou non.
- 143 Les gens sont des parasites.
- 144 Mes articulations se défont.
- 145 Je me sens presque toujours seul.
- 146 J' imagine souvent des scènes de torture.
- 147 Souvent je ne sais si je suis éveillé ou endormi.
- 148 Je me sens perdu lorsque je me trouve dans des endroits qui ne me sont pas familiers.
- 149 Ma famille me fait peur.

- 150 Je commence à me sentir vaincu d'avance.
- 151 Ma peau me donne une curieuse d'impression.
- 152 Parfois mon corps devient si léger que j'ai l'impression que je vais m'élever de terre.
- 153 J'ai l'impression d'avoir toujours été vieux.
- 154 Je n'aime pas mon nom de famille.
- 155 Je ne me souci plus du passé.
- 156 La plupart des gens se meuvent et agissent comme des marionnettes.
- 157 Au toucher, le corps des autres me semble anormalement chaud.
- 158 Seul, je suis aussi heureux qu'avec les autres.
- 159 J'ai peur qu'on m'arrache mes organes génitaux.
- 160 J'ai un double.
- 161 Le passé me rappelle des souvenirs bien plaisants.
- 162 Je me contrôle parfaitement.
- 163 C'est comme si je devenais une miniature de moi-même.
- 164 Je n'arrive pas à saisir qui je suis.
- 165 D'habitude les étrangers sont aimables.
- 166 J'ai horreur de passer dans un cimetière.
- 167 La lune m'a affectée l'esprit.
- 168 Ma conscience ne me laisse pas de repos.
- 169 Je n'ai aucune difficulté avec le temps.
- 170 Mes bras sont anormalement courts.
- 171 Cela ne me fait rien d'attendre.
- 172 J'aime qu'on me regarde quand je parais bien.
- 173 Je ne sais plus où je suis.
- 174 J'ai l'impression que mes deux mains ne sont pas de la même grandeur.
- 175 Les couleurs vivent m'excitent.

- 176 D'ordinaire je me sens perdu dans une foule.
- 177 Je sais beaucoup de choses que les autres ignorent.
- 178 Je me sens tout à fait perdu quand je suis loin de ma famille.
- 179 Parfois je sais ce que pensent les autres.
- 180 Il est rare que je puisse m'imaginer séparé de mes parents.
- 181 Ma douleur est telle que j'ai l'impression que les yeux vont me sortir de la tête.
- 182 Je ne suis plus une personne.
- 183 Il y a un tas de bonnes choses en chacun de nous.
- 184 Je me souviens fort mal des noms mais je me rapelle facilement des visages.
- 185 D'ordinaire je prévois ce qui arrivera.
- 186 Mes rêves sont souvent en couleurs.
- 187 Souvent les autres ont l'air plus jeunes qu'ils ne le sont en réalité.
- 188 J'envisage l'avenir avec confiance.
- 189 Mes doigts sont maintenant malhabiles.
- 190 Je ne puis m'empêcher de chercher des raisons pour tout ce qui se dit ou se fait.
- 191 Je puis assez bien prédire l'avenir.
- 192 Je me sens comme si j'avais été transporté à une distance infinie de ce monde.
- 193 Mon sang est pollué.
- 194 Le miroir me réfléchit curieusement.
- 195 Ma peau est très collante.
- 196 Je me sens chez moi sur terre.
- 197 Souvent je me sens enfant.
- 198 Je me réjouis quand il y a du changement dans mes habitudes.
- 199 Le mal ne survient que si vous y pensez.
- 200 Habituellement les choses finissent bien pour moi.

Appendice B

Lettre d'invitation des sujets

Nous vous demandons aujourd'hui de participer à une enquête sur le vécu des élèves de niveau secondaire.

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une recherche du département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle a pour but de mieux comprendre les sentiments et les difficultés que vivent les jeunes.

Chacun de vous aura à compléter deux (2) questionnaires dont la passation ne doit pas dépasser 45 minutes. Ces questionnaires sont déposés à votre bureau selon l'ordre dans lequel ils doivent être complétés.

Pour chacun des questionnaires, nous vous demandons de lire attentivement chacune des directives inscrites au début. Répondez à chaque question au meilleur de votre connaissance.

Une fois le premier questionnaire complété, soit celui ayant pour titre "Expérience des jeunes de niveau secondaire" déposez-le sur le coin droit de votre bureau et passez au suivant en lisant bien les directives du début.

Nous vous assurons que toutes les réponses seront confidentielles. Les questionnaires resteront en notre possession et nous serons à votre disposition pour ceux et celles qui désirent nous rencontrer au cours de la journée.

Nous vous demandons d'indiquer votre nom et votre groupe-classe afin que nous puissions vous contacter au besoin.

Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche. Sachez cependant que votre collaboration nous est précieuse et nous vous en remercions à l'avance.

Appendice C

Classement des items

Les catégories de l'échelle de la perception du corps:

1. Les plaintes somatiques:

- 36. J'ai l'impression que mes muscles sont fasques.
- 48. Je ne puis ouvrir complètement la bouche.
- 79. J'ai l'impression que mes jambes ne se meuvent plus aussi facilement qu'avant.
- 93. Ma peau est très sensible.
- 103. De temps en temps, je sens mon corps transpercé d'aiguilles.
- 107. J'ai l'impression que mon corps est engourdi.
- 108. J'ai l'impression que ma tête va éclater.
- 131. Je me sens physiquement bien (faux).

2. Les attitudes affectives à l'égard de son apparence physique:

- 31. Je rêve souvent que je perd mes dents.
- 32. Je suis gêné parce que je crois avoir une mauvaise haleine.
- 81. La couleur de ma peau me cause des soucis.
- 100. Mon corps n'est pas tout à fait symétrique.
- 120. Je déteste les gens qui me touchent.
- 123. Mes hanches sont anormalement larges.
- 159. J'ai peur qu'on m'arrache mes organes génitaux.
- 170. Mes bras sont anormalement courts.
- 174. J'ai l'impression que mes deux mains ne sont pas de la même grandeur.

3. Les sensations étranges et les distortions de l'image corporelle:

- 77. J'ai l'impression de perdre ma masculinité (féminité).
- 84. Ma voix semble venir de loin.
- 119. Le sang semble parvenir à mon cerveau en quantité énorme.
- 126. Je suis tout pourri en dedans.
- 130. Je me sens changé en pierre.
- 163. C'est comme si je devenais une miniature de moi-même.
- 193. Mon sang est pollué.
- 195. Ma peau est très collante.

Les types de réponses pour l'échelle de la perception du corps:

1. Les réponses mineures:

- 31. Je rêve souvent que je perd mes dents.
- 32. Je suis gêné parce que je crois avoir une mauvaise haleine.
- 81. La couleur de ma peau me cause des soucis.
- 93. Ma peau est très sensible.
- 100. Mon corps n'est pas tout à fait symétrique.
- 103. De temps en temps, je sens mon corps transpercé d'aiguilles.
- 107. J'ai l'impression que mon corps est engourdi.
- 108. J'ai l'impression que ma tête va éclater.
- 123. Mes hanches sont anormalement larges.
- 126. Je suis tout pourri en dedans.
- 131. Je me sens physiquement bien (faux).

2. Les réponses majeures:

- 36. J'ai l'impression que mes muscles sont fasques.
- 48. Je ne puis ouvrir complètement la bouche.
- 77. J'ai l'impression de perdre ma masculinité (féminité).
- 79. J'ai l'impression que mes jambes ne se meuvent plus aussi facilement qu'avant.
- 84. Ma voix semble venir de loin.
- 119. Le sang semble parvenir à mon cerveau en quantité énorme.
- 120. Je déteste les gens qui me touchent.
- 130. Je me sens changé en pierre.
- 159. J'ai peur qu'on m'arrache mes organes génitaux.
- 163. C'est comme si je devenais une miniature de moi-même.
- 170. Mes bras sont anormalement courts.
- 174. J'ai l'impression que mes deux mains ne sont pas de la même grandeur.
- 193. Mon sang est pollué.
- 195. Ma peau est très collante.

Appendice D

Résultats individuels

Tableau 21

Sexe, âge groupe et
scores T obtenus à chacune des échelles de
l'Inventaire du Monde Expérientiel
par chacun des sujets

sujet	sexe	age	gr.	échelles											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	13	5	38	37	61	39	28	43	32	43	48	44	68	27
2	2	12	5	62	58	55	62	62	50	61	57	65	72	46	57
3	2	15	5	43	40	43	39	46	43	33	40	44	27	25	46
4	1	13	5	31	44	46	50	18	47	32	48	35	44	47	32
5	2	13	5	47	29	60	52	39	47	33	49	55	45	46	39
6	1	13	5	49	37	32	50	18	47	44	48	52	51	68	43
7	2	14	5	22	35	33	19	18	38	44	33	38	45	46	34
8	2	14	5	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99
9	1	13	5	43	56	50	44	40	47	44	55	55	51	47	40
10	2	14	5	40	29	33	44	18	38	50	22	27	45	36	29
11	1	99	5	31	40	50	52	46	38	32	31	35	44	35	27
12	1	14	5	38	40	32	21	18	53	32	38	48	33	62	20
13	1	15	5	56	56	46	58	40	56	44	43	52	62	47	53
14	1	15	5	63	48	61	56	35	56	59	58	66	62	39	59
15	1	14	5	43	20	50	39	28	31	32	52	52	44	47	43
16	2	15	5	37	29	47	52	34	38	33	49	38	33	40	43
17	1	15	5	41	20	50	44	28	53	32	52	69	33	39	36
18	1	16	5	43	44	50	44	43	50	32	55	48	44	62	40
19	2	14	5	22	52	32	44	34	50	44	52	46	45	67	29
20	2	16	5	32	22	43	39	18	38	33	54	38	33	46	29
21	1	14	5	35	40	32	44	35	50	50	31	35	44	39	32
22	1	16	5	38	44	32	47	40	50	44	58	35	44	39	46
23	1	16	5	31	25	32	47	18	31	32	48	44	44	47	36
24	1	15	5	43	25	41	50	18	43	32	52	55	00	53	10
25	1	15	5	53	56	41	58	49	61	32	52	52	59	62	43
26	2	15	5	32	49	33	56	39	31	44	49	27	45	46	29
27	1	15	5	47	25	32	50	35	47	21	55	44	51	39	43
28	1	16	5	57	56	53	58	49	66	44	52	61	59	47	55
29	1	16	5	43	48	59	52	35	43	44	48	55	51	35	46
30	1	15	5	31	44	32	47	18	31	32	38	44	44	39	27
31	1	15	5	38	48	41	52	28	56	44	52	52	44	62	46

Tableau 21 (suite)

Sexe, âge groupe et
scores T obtenus à chacune des échelles de
l'Inventaire du Monde Expérientiel
par chacun des sujets

sujet	sexe	âge	gr.	échelles											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
32	2	15	5	50	45	50	59	51	47	33	59	63	45	40	53
33	2	16	5	40	55	43	39	46	50	33	49	55	45	40	39
36	2	14	5	47	35	50	50	53	67	33	49	44	51	25	55
37	1	15	5	55	40	59	52	53	47	50	52	61	59	39	48
38	1	15	5	53	48	32	58	35	61	32	43	50	51	53	48
39	1	15	5	50	48	41	44	40	50	54	61	58	51	47	55
40	1	14	5	57	40	50	52	49	43	31	66	58	51	62	53
41	2	17	5	60	64	59	47	57	60	50	40	50	61	52	46
42	2	13	5	51	35	53	47	34	56	33	45	55	45	67	43
44	2	13	5	60	49	65	62	55	60	53	72	59	58	46	53
48	1	16	5	47	52	32	44	46	66	32	58	41	44	68	53
56	2	16	5	62	64	53	64	69	65	60	63	63	58	67	60
58	1	15	3	47	44	32	47	35	47	32	52	48	44	53	51
59	2	13	3	47	49	57	64	58	58	64	33	68	51	46	51
60	1	15	3	69	25	64	63	56	69	59	52	61	62	27	59
61	2	14	3	73	86	82	86	86	72	79	71	72	81	30	75
62	1	14	3	73	76	79	84	79	78	77	76	73	86	39	74
63	1	16	3	57	66	65	74	58	47	67	58	69	65	44	64
64	1	16	3	55	59	46	61	59	61	50	68	52	55	62	51
65	1	14	3	41	56	41	47	46	56	59	48	41	44	39	48
66	1	15	3	65	76	69	77	65	61	77	68	63	68	35	74
67	1	14	3	72	74	71	84	75	61	77	70	69	68	23	76
68	1	16	3	58	45	61	62	60	67	63	65	59	44	46	48
69	2	15	3	65	76	73	80	58	66	73	68	66	68	39	79
70	1	15	3	49	56	61	50	43	47	57	61	62	44	53	43
71	1	13	3	66	71	74	66	63	50	69	68	69	71	47	62
72	1	16	3	84	79	72	86	75	78	77	78	77	84	47	85
78	1	15	4	59	69	41	56	58	59	59	52	58	62	39	64
79	1	16	4	61	71	62	71	73	64	65	48	64	76	62	62
80	1	15	4	43	44	46	54	58	38	61	38	35	51	27	43
81	2	15	4	47	55	53	59	55	60	60	59	44	45	30	62

Tableau 21 (suite)

Sexe, âge groupe et
scores T obtenus à chacune des échelles de
l'Inventaire du Monde Expérientiel
par chacun des sujets

sujet	sexe	age	gr.	échelles											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
82	2	15	4	70	61	64	64	62	72	61	63	76	61	46	69
83	2	14	4	68	72	64	62	58	67	69	57	63	64	61	68
84	2	14	4	49	40	43	56	43	50	50	72	55	33	52	48
85	1	15	4	70	56	74	75	43	66	66	70	69	84	47	69
86	1	16	4	61	69	53	62	28	59	59	61	52	65	39	59
87	1	15	4	66	81	66	72	63	56	73	66	64	65	35	71
88	2	14	4	60	67	55	67	59	63	61	67	66	61	55	69
91	2	15	4	67	55	66	64	62	56	60	52	68	72	32	68
93	2	16	4	51	61	43	47	48	60	61	52	46	55	36	55
94	1	15	1	38	48	32	50	58	43	54	48	48	44	35	55
95	2	13	1	69	67	73	86	67	72	69	63	68	70	46	71
96	1	15	1	61	63	62	70	61	56	66	63	52	59	35	66
97	2	18	1	64	78	61	75	69	69	70	71	59	72	42	71
98	2	16	1	49	45	47	59	48	60	61	57	53	55	46	51
99	1	15	1	55	52	53	62	59	64	62	63	48	51	42	61
100	2	14	1	64	70	59	71	55	69	68	61	53	70	42	69
101	1	14	1	72	66	64	70	73	66	66	61	61	62	30	62
102	2	17	1	60	64	66	75	65	77	69	78	57	58	32	74
103	2	15	1	60	49	63	65	73	63	73	71	66	51	46	75
104	1	16	1	55	56	61	56	43	47	32	58	61	55	42	53
106	1	15	1	56	37	55	47	35	43	54	52	52	44	35	46
107	1	14	1	49	59	50	61	61	56	68	63	52	59	47	53
109	1	15	1	56	66	69	70	67	71	70	74	72	65	47	66
112	2	15	1	53	55	53	60	62	61	68	45	57	55	36	58
114	2	14	2	47	40	50	52	27	58	63	69	50	45	36	51
115	1	14	2	74	69	74	80	73	71	66	74	72	71	30	85
116	2	14	2	62	52	73	68	75	74	70	65	59	67	55	62
117	1	13	2	61	56	55	67	65	61	65	61	64	62	30	53
118	2	13	2	75	70	69	82	65	65	79	78	73	78	25	77
119	1	13	2	61	82	68	66	53	50	69	66	61	74	35	66
120	2	15	2	69	64	67	66	62	65	64	76	70	67	61	74

Tableau 21 (suite)

Sexe, âge groupe et
scores T obtenus à chacune des échelles de
l'Inventaire du Monde Expérientiel
par chacun des sujets

sujet	sexe	âge	gr.	échelles											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
121	1	16	2	61	52	61	71	49	64	65	58	67	59	30	67
122	1	15	2	77	59	78	79	71	76	80	80	74	76	35	76
123	1	14	2	65	66	61	68	59	64	80	72	59	59	47	62
124	2	15	2	47	61	62	59	51	50	61	33	38	45	36	57
125	1	17	2	56	69	64	68	73	64	86	76	59	65	23	75
126	1	13	2	77	76	79	85	69	80	85	74	77	81	62	75
127	1	16	2	54	48	57	61	51	50	72	48	59	51	42	67
128	1	15	2	43	48	41	63	51	53	64	48	44	51	47	55
137	1	15	4	38	40	32	39	40	38	44	43	44	33	42	43
139	1	14	5	31	48	41	47	40	38	44	48	35	33	23	40
141	1	14	4	43	20	46	44	35	50	32	48	52	55	47	32
142	1	15	5	55	48	41	56	43	61	50	55	56	55	62	55

sexe: 1. fille

2. garçon

groupe: 1. idée suicidaire seulement

2. idée suicidaire et élaboration de moyen(s)

3. tentative(s) de suicide

4. présence d'un état dépressif mais sans idée suicidaire

5. Groupe contrôle

Echelles: 1. perception sensorielle

2. perception du temps

3. perception du corps

4. perception de soi

5. perception du milieu

6. idéation

7. dysphorie

8. volition

9. Hyperesthésie

10. hypoesthésie

11. euphorie

12. anxiété

Tableau 22 (suite)

Sexe, groupe et scores bruts obtenus
à l'échelle de la perception du corps
de l'Inventaire du Monde Expérientiel
pour chacun des sujets

suj. s. gr.			Items																								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
32	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
33	2	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
37	1	5	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	1	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	2	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
42	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
44	2	5	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	0
48	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
58	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	2	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
60	1	3	0	0	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0
61	2	3	0	1	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1	1	2	2	0	1	2	0	0	2	0	2	2	2
62	1	3	0	1	2	2	2	2	1	2	0	1	1	1	0	2	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	2
63	1	3	0	0	2	0	0	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
64	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
66	1	3	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1	1	0	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
67	1	3	0	0	2	0	2	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0
68	1	3	0	0	2	0	2	2	1	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1	2	1	2	2	0	2	2	0
69	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
70	1	3	0	1	2	0	2	0	1	2	1	0	1	1	0	2	0	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0
71	1	3	0	0	2	0	2	2	0	0	1	1	0	1	1	2	2	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2
72	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
78	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
79	1	4	0	0	2	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
80	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
81	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0

Tableau 22 (suite)

Sexe, groupe et scores bruts obtenus
à l'échelle de la perception du corps
de l'Inventaire du Monde Expérientiel
pour chacun des sujets

suj. s. gr.			Items																								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
82	2	4	0	1	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	2	0
83	2	4	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
85	1	4	0	0	2	0	2	2	0	2	0	1	1	1	1	2	0	1	1	2	1	0	2	0	0	0	0
86	1	4	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	1	4	0	1	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
88	2	4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91	2	4	0	1	2	0	0	2	1	2	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
93	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
95	2	1	0	1	2	2	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	2	1	0	2	0	2	0	0
96	1	1	0	1	0	0	0	2	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
97	2	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
99	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
100	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
101	1	1	0	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
102	2	1	0	0	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0	2	2	0
103	2	1	0	1	0	0	0	2	1	2	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
104	1	1	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
106	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
107	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
109	1	1	0	1	2	2	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
112	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
114	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
115	1	2	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	2	0	1	2	1	0	2	0	0	2	2
116	2	2	0	0	2	0	0	2	0	2	0	1	0	0	1	2	0	0	1	2	1	0	2	2	2	2	0
117	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
118	2	2	0	1	0	0	0	2	1	2	0	1	1	1	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0
119	2	2	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	1	1	0	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
120	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2

Tableau 22 (suite)

Sexe, groupe et scores bruts obtenus
à l'échelle de la perception du corps
de l'Inventaire du Monde Expérientiel
pour chacun des sujets

suj. s. gr.			Items																								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
121	1	2	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
122	1	2	0	0	2	2	2	0	0	2	1	1	0	1	1	2	2	0	1	0	1	0	2	0	0	2	2
123	1	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
124	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	0	0
125	1	2	0	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	1	2	0	0	2	2	0	2	1	2	1	0	1	1	1	2	2	0	1	2	1	0	2	0	0	2	0
127	1	2	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
137	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
139	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
141	1	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
142	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

sexe: 1. fille

2. garçon

groupe: 1. idée suicidaire seulement

2. idée suicidaire et élaboration de moyen(s)

3. tentative(s) de suicide

4. présence d'un état dépressif mais sans idée
suicidaire

5. Groupe contrôle

Items: 1: 31. En train de perdre mes dents.

2: 32. J'ai mauvaise haleine.

3: 36. Mes muscles sont flasques.

4: 48. Ne puis ouvrir la bouche.

5: 77. Perdre ma masculinité (ma féminité).

6: 79. Jambes se meuvent difficilement.

7: 81. Couleur de ma peau me cause des soucis.

- 8: 84. Ma voix semble venir de loin.
- 9: 93. Ma peau est très sensible.
- 10: 100. Mon corps n'est pas symétrique.
- 11: 103. Corps transpercé d'aiguilles.
- 12: 107. Mon corps est engourdi.
- 13: 108. Ma tête va éclater.
- 14: 119. Sang abonde à mon cerveau.
- 15: 120. Je déteste ceux qui me touchent.
- 16: 123. Mes hanches sont anormalement larges.
- 17: 126. Je suis tout pourri en dedans.
- 18: 130. Je me sens changé en pierre.
- 19: 131. Je me sens physiquement bien (faux).
- 20: 159. J'ai peur pour mes organes génitaux.
- 21: 163. Miniature de moi-même.
- 22: 170. Mes bras sont anormalement courts.
- 23: 174. Mes mains: pas de la même grandeur.
- 24: 193. Mon sang est pollué.
- 25: 195. Ma peau est très collante.

Remerciements

L'auteure tient à exprimer sa gratitude à Madame Jocelyne Pronovost, Ph.D., professeure au Département de psychologie, à qui elle est redevable d'une assistance constante et éclairée.

Références

- ADAMS, K.S. (1986). Early family influences on suicidal behavior. Psychobiology of suicidal behavior annals of the New-York academy of sciences, 487, 63-76.
- ADAMS, K.S., BOUCKOMS, A., STREINER, D. (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. Archives of general psychiatry, 39, 1081-1085.
- ANDERSON, D. R. (1981). Diagnosis and prediction of suicidal risk among adolescents, in C. T. Wells, R. Stuart: Self-destructive behavior in children and adolescents (pp.45-59). New-York: Van Nostland Reinhold.
- BECK, A., KOVACS, M., WEISSMAN, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior, an overview. Jama, 234, 1146-1149.
- BECK, A., RESNIK, H. L. P., LETTERI, D. J. (Ed.) (1974). The prediction of suicide. Maryland: Charles Press Publishers.
- BERNARD, M. (1976). Le corps. Paris: Delarge.
- BONNEAU, G. (1971). Le dépistage massif des cas problèmes d'une population d'adolescents à l'aide de L'Inventaire du Monde Expérientiel. Communication présentée au 17^e Congrès International de psychologie appliquée, Liège.
- BONNEAU, G. (1977). L'application de l'Inventaire du Monde Expérientiel aux canadiens français. Communication présentée au 8^e symposium scientifique of the Academy of Orthomolecular Psychiatry, Toronto.
- BONNEAU, G. (1978). Enquête sur la condition mentale des adolescents. Communication présentée au 19^e congrès de l'Association Internationale de Psychologie Appliquée, Munich.
- BONNEAU, G., EL-MELIGI, A. M. (1974). Inventaire du monde expérientiel. Bruxelles: Editest.

- BOTTA, J.-M. (1974). Conduites suicidaires et image du corps. Perspectives psychiâtriques, 47, 165-171.
- BONNER, R. L., RICH, A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. Suicide and life-threatening behavior, 17, 50-63.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (1985). Corps et personnalité, Volume II: Images corporelles et personnalité. Thèse de doctorat d'Etat inédite, Nanterre: Université de Paris X.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE AU QUEBEC (1987). La situation démographique au Québec, Edition 1987. Québec: Les Publications du Québec.
- CANADA, DIRECTION GENERALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE (1987). Le suicide au Canada, rapport du groupe d'étude national sur le suicide. Santé et Bien-être social Canada.
- CHABROL, H. (1982). Le suicide de l'adolescent. Neuropsychiâtrie de l'enfance et de l'adolescence, 30, 579-588.
- CHABROL, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France.
- CHARRON, M. F. (1981). Le suicide au Québec, analyse statistique. Québec: Services des études épidémiologiques du Ministère des Affaires Sociales.
- CLAES, M. (1983). L'expérience adolescente. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- CLIFFORD, E. (1984). Body satisfaction in adolescence. Perceptual and motor skills, 33, 119-125.
- CLOUTIER, R. (1982). Psychologie de l'adolescence. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- CLOUTIER, R., RENAUD, A. (1980). Le développement affectif de l'adolescent, psychologie de l'adolescent module 2. Rimouski: Jean-Louis Plante et Clovis Théberge.

- CORBEIL, S. C. (1984). Suicide et adolescence, in P. Morissette: Le suicide, démystification, intervention et prévention. (pp. 272-306). Québec: Garotex.
- CORDER, B. F., SHOW, W., CORDER, R. F. (1974). A study of social and psychological characteristics of adolescents suicide attempters in an urban disadvantaged area. Adolescence, 9, (no. 33), 1-6.
- DAVIDSON, F., CHOQUET, M. (1981). Suicide de l'adolescent: étude épidémiologique. Paris: Editions Sociales Françaises.
- DAVIS, P. (1983). Suicidals adolescents. Springfield: Charles C. Thomas.
- DEN HOUTER, K. V. (1981). The silence one's self: a brief analysis of the literature on adolescent suicide. Child welfare, 60, (no. 1), 3-10.
- DOCTORS, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: a developmental view. Adolescent psychiatry, 9, 443-460.
- DYER, J. A., KREITMAN, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. British journal of psychiatry, 144, 127-133.
- EL-MELIGI, A. M., BONNEAU, G. (1973). Inventaire du monde expérientiel. Bruxelles: Editest.
- EMERY, P. E. (1983). Adolescent depression and suicide. Adolescence, 18, (no. 70), 245-258.
- FREEROW, N.; MC EVOY, L. (1966). Suicide among patients diagnoses of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals. Journal of abnormal and social psychology, 71, 287-299.
- FISHER, S., CLEVELAND, S. (1958). Body image and personality. New-York: Dover Publications.
- FRIEDMAN, M. et al. (1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence. International journal of psycho-analysis, 53, (no 2), 177-183.

- GORCEIX, A., ZIMBACCA, N. (1968). Etude sur le suicide. Paris: Masson.
- GREGOIRE, J. C., PHANEUF-PERRON, L., ROBITAILLE, M., JUNEAU, M. (1979). Le suicide chez les jeunes adultes de 15-30 ans: Revue de la littérature, rapport final. Montréal: Université de Montréal.
- GREULING, J., DEBLASSIE, R. (1980). Adolescent suicide. Adolescence, 15, 589-601.
- GROLLMAN, E. A. (1971). Suicide. Boston: Beacon Press.
- HAIM, A. (1969). Le suicide d'adolescents. Paris: Payot.
- HANIGAN, D., TOUSIGNANT, M., BASTIEN, M.-F., HAMEL, S. (1986). Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégepiens suicidaires: étude comparative. Revue québécoise de psychologie, 7, (no 3), 63-81.
- HARLOW, L. L., NEWCOMB, M. B., BENTLER, M. P. (1986). Depression, substance use and suicide ideation: lack of purpose in life as a mediational factor. Journal of clinical psychology, 42, (no 1), 5-21.
- HUSAIN, S. A., VANDIMER, T. (1984). Suicide in children and adolescents. New-York: Medical and Scientific Books.
- JACOBS, J. (1971). Adolescent suicide. New-York: Wiley
- JACOBS, J., TEICKER, J. O. (1967). Broken homes and social isolation in attempted suicides of adolescents. International journal of social psychiatry, 13, (no 2), 139-149.
- LADAME, F. (1981). Les tentatives de suicide des adolescents. Paris: Masson.
- LADAME, F. (1986). Les tentatives de suicide des adolescents: pourquoi? comment?. Communication présentée au colloque du Conseil du Québec de l'Enfance Exceptionnelle, Montréal.
- LAUFER, M. (1968). The body image, the function of masturbation, and

- adolescence. Psychoanalytic study of the child, 23, 114-137.
- LESTER, D. (1967). Attempted suicide and body image. Journal of psychology, 66, 287-290.
- LESTER, D., PERDUE, W. C. (1974). Body image of murderers. Journal of general psychology, 90, 187-189.
- LUM, D. (1974). Responding to suicidal crisis. Michigan: William B. Eerdmans Publishing.
- MARKS, P., HALLER, D. (1977). Now I lay me down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. Journal of clinical psychology, 33, 390-400.
- MILLER, J. (1975). Suicide and adolescence. Adolescence, 10, (no 37), 11-23.
- MINKOFF, K. BERGMAN, E. BECK, A. T., BECK, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. American journal of psychiatry, 130, 455-459.
- MISHARA, B. L. (1982). College student experiences with suicide and reactions to suicidal verbalisation: a model for prevention. Journal of community psychology, 10, 142-150.
- MISHARA, B. L., BAKER, A. H., MISHARA, T. T. (1976). The frequency of suicide attempts: a retrospective approach applied to college students. American journal of psychiatry, 113, 841-844.
- MORISSETTE, P. (1984). Le suicide: démystification, intervention, prévention. Québec: Garotex.
- MORISSETTE, P. (1987). Hypothèse sur le comportement suicidaire en tant que communication interpersonnelle. Santé mentale au Québec, 12, (no 1), 14-19.
- MORVAL, M.; BOUCHARD, L. (1987). Enquête sur le vécu des étudiants et les comportements suicidaires à l'Université de Montréal. Montréal: Université de Montréal.

- NEURIGER, C. (1973). Attitude toward self in suicidal individuals. Life-threatening behavior, 4, 96-106.
- NEURIGER, C. (1974). Self and other-appraisals by suicidal psychosomatic, and normal hospitalized patients. Journal of consulting and clinical psychology, 42, (no 2), 306.
- NEURIGER, C. (1979). Relationship between life and death among individuals of varying levels of suicidality. Journal of consulting and clinical psychology, 47, 407-408.
- NOLES, S. W., CASH, T. F., WINSTEAD, B. (1985). Body image, physical attractiveness and depression. Journal of consulting and clinical psychology, 53, 88-94.
- OTTO, U. (1972). Suicidal acts by children and adolescents: a follow-up study. Acta psychiatrica scandinavia, supplémentum 233.
- PFEFFER, C. (1986). The suicidal child. New-York: Guilford Press.
- PRONOVOST, J. (1985). Expérience des jeunes de niveau secondaire. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- QUIDU, M. (1970). Le suicide, étude clinique, perspectives préventives. Paris: Editions Sociales Françaises.
- RABKIN, B. (1980). La psychologie du suicide chez les adolescents. Montréal: Du jour.
- RADLOFF, L. S. (1977). The CES-D Scale, a self-report depression scale for research in the general population. Applied psychological measurement, 1, (no 3), 385-401.
- ROBINSON, S. (1983). Attempted suicide during adolescence: elements of self-concept and identification with a rejecting parent. University microfilm international. Dissertation abstract international, 44, 3539-3540.
- SAMY, M. H. (1987). Etre attentif aux signes de détresse des jeunes: première étape de la prévention du suicide. Rapport présenté aux stages

provinciaux de perfectionnement du Conseil Québécois pour l'Enfance et la Jeunesse, Montréal.

SOUBRIER, J.P. (1976). A propos de la dépression du jeune; remarques d'ordre suicidologiques et d'origine épidémiologique. Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, 24, 305-308.

STATISTIQUE CANADA (1986). Causes de décès, la statistique de l'état civil, vol. IV: 1985. Ottawa: Imprimerie de la reine.

STORK, J. (1977). Echelle d'évaluation du risque suicidaire. Psychiatrie de l'enfant, 20, 493-520.

TEICHER, J. D. (1973). A solution to the chronic problem of living: adolescent attempted suicide, in : Current issues in adolescent psychiatry (pp. 129-147). New-York: Schoolar.

TOOLAN, J. M. (1975). Suicide in children and adolescents. American journal of psychotherapy, 22, 339-344.

TOPOL, P., REZNIKOFF, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. Suicide and life-threatening behavior, 12, (no 3) 141-151.

TOUSIGNANT, M. HANIGAN, D., BERGERON, L. (1983). Expérience de jeunes en milieu collégial: questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires. Montréal: Université du Québec à Montréal.

TOUSIGNANT, M. HANIGAN, D., BERGERON, L. (1984). Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal. Santé mentale au Québec, 9, 122-133.

TOUSIGNANT, BASTIEN, M.-F., HAMEL, S., M. HANIGAN, D. (1983). Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal: la part familiale. Apprentissage et socialisation, En piste, 2, 17-25.

WALTZER, H. (1968). Depersonalization and self-destruction. American journal of psychiatry, 125, 399-401.

- WEBER, H. (1972). A suicidal adolescent with esophageal lye injury. Maternal-child nursing journal, 1, 157-174.
- WEKSTEIN, L. (1979). Handbook of suicidology. New-York: Brunner and Mazel.
- WENZ, F. (1979). Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. Adolescence, 14, 19-29.
- WETZEL, R. D. (1979). Self-report and suicide intent. Psychological reports, 36, (no 1), 227-282.
- WILKINS, J. (1985). Les tentatives de suicide chez les adolescents, in J. Wilkins et al.: Médecine de l'adolescence: une médecine spécifique (pp. 268-278). Montréal: Hôpital Ste-Justine.
- WRIGHT, L. (1985). Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school senior and colleges undergraduates. Adolescence, 20, 575-580.
- ZUNG, W. (1965). A self-rating depression scale. Archives of general psychiatry, 12, 63-70.