



**HAL**  
open science

## Estime de soi et risque suicidaire

Clémence Perrot

► **To cite this version:**

Clémence Perrot. Estime de soi et risque suicidaire. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01302500

**HAL Id: dumas-01302500**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302500v1>**

Submitted on 14 Apr 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 130

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de psychiatrie

Estime de soi et risque suicidaire

Présentée et soutenue publiquement  
le 5 octobre 2015

Par

***Clémence PERROT***

Née le 23 août 1986 à Brest (29)

Dirigée par M. le Professeur Philip Gorwood, PU-PH

Jury :

M. le Professeur Frédéric Rouillon, PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Frank Bellivier, PU-PH

Mme Le Docteur Nathalie Gluck, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

# Table des matières

Table des figures et tableaux.....	6
Liste des principales abréviations.....	7
Remerciements.....	8
<b>I. Introduction.....</b>	<b>10</b>
<b>II. Théorie et revue de la littérature.....</b>	<b>11</b>
II.1. L'estime de soi.....	11
II.1.1. Définition.....	11
II.1.1.1. Définition générale.....	11
II.1.1.2. Les 3 composantes de l'estime de soi.....	12
II.1.1.3. Approches de l'estime de soi : implicite et explicite.....	13
II.1.1.4. Niveau de l'estime de soi.....	14
II.1.2. Evaluation de l'estime de soi.....	14
II.1.3. Evolution du concept d'estime de soi.....	15
II.1.3.1. Approche psychanalytique.....	15
II.1.3.2. Approche sociale et cognitive.....	18
II.1.4. L'estime de soi et les troubles psychiatriques.....	20
II.2. Risque suicidaire et crise suicidaire.....	23
II.2.1. Définition de la crise suicidaire.....	23
II.2.2. Epidémiologie du suicide et des tentatives de suicide dans le monde.....	24
II.2.3. Epidémiologie du suicide en France.....	26
II.2.4. Epidémiologie des idées suicidaires et des tentatives de suicide en France.....	27
II.2.5. Principaux facteurs de risque suicidaire.....	28
II.2.5.1. La crise suicidaire, un modèle plurifactoriel.....	28
II.2.5.2. Les facteurs de risque primaires.....	29
II.2.5.3. Les facteurs de risque secondaires.....	32
II.2.5.4. Les facteurs de risque tertiaires.....	33
II.2.5.5. Les facteurs de protection du suicide.....	34
II.3. Risque suicidaire et estime de soi dans la littérature.....	35
II.3.1. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire au sein d'une population jeune et majoritairement étudiante.....	35

II.3.1.1 La faible estime de soi, l'un des facteurs de risque suicidaire au sein d'une population jeune.....	36
II.3.1.2 Corrélation modérée entre estime de soi et risque suicidaire .....	38
II.3.2. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire en population générale .....	40
II.3.3. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire chez des patients suivis en psychiatrie.....	41
II.3.4. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire, un lien avec le syndrome dépressif ? .....	43
II.3.4.1. Estime de soi non corrélée au risque suicidaire après correction avec la dépression.....	43
II.3.4.2. Estime de soi corrélée au risque suicidaire quelle que soit l'humeur du patient, déprimé ou non .....	44
II.4. Introduction aux études.....	45
<b>III. Analyse de corrélations transversales entre estime de soi et intentionnalité suicidaire</b> .....	47
III.1. Matériel et méthode.....	47
III.1.1. Objectifs.....	47
III.1.1.1. Objectif principal.....	47
III.1.1.2. Objectifs secondaires.....	47
III.1.2. Population.....	48
III.1.2.1. Critères d'inclusion .....	48
III.1.2.2. Critères d'exclusion.....	48
III.1.3. Design de l'étude.....	49
III.1.4. Outils d'évaluation.....	51
III.1.5. Analyses statistiques.....	54
III.2. Résultats.....	55
III.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques.....	55
III.2.2. Corrélations entre l'intentionnalité suicidaire, l'estime de soi et le syndrome dépressif.....	58
III.2.3. Corrélations entre intentionnalité suicidaire et estime de soi indépendamment du syndrome dépressif.....	59
III.2.4. Corrélations entre l'estime de soi et l'inventaire des attitudes pour faire face au stress.....	60
<b>IV. Estime de soi et prédiction de l'intentionnalité suicidaire à 1 mois</b> .....	63

IV.1. Matériel et méthode.....	63
IV.1.1. Objectif.....	63
IV.1.2. Design de l'étude.....	63
IV.1.3. Population.....	65
IV.1.3.1. Critères d'inclusion.....	65
IV.1.3.2. Critères d'exclusion.....	66
IV.1.4. Outils d'évaluation.....	66
IV.1.4.1. Données recueillies pendant l'hospitalisation.....	66
IV.1.4.2. Données recueillies à 1 mois de la sortie d'hospitalisation.....	68
IV.1.5. Analyses statistiques.....	68
IV.2. Résultats.....	70
IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques.....	70
IV.2.2. L'estime de soi, facteur prédictif de maintien du risque suicidaire ?.....	73
<b>V. Analyses complémentaires : corrélations entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire corrigées par l'âge.....</b>	<b>75</b>
<b>VI. Discussion.....</b>	<b>77</b>
VI.1. Critique des résultats.....	77
VI.1.1. Etude transversale.....	77
VI.1.1.1. Risque suicidaire et estime de soi familiale.....	78
VI.1.1.2. Risque suicidaire et estime de soi sociale.....	79
VI.1.1.3. Risque suicidaire et estime de soi professionnelle.....	79
VI.1.1.4. Risque suicidaire et estime de soi générale/personnelle.....	80
VI.1.1.5. Correction par la dépression.....	81
VI.1.1.6. L'inventaire des attitudes pour faire face au stress.....	82
VI.1.2. Etude rétrospective sur la prédictivité.....	83
VI.1.3. Analyses complémentaires : corrélations entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire corrigées par l'âge.....	84
VI.2. Limites de l'étude.....	85
VI.3. Conséquences sur notre pratique clinique.....	88
VI.3.1. Thérapie de résolution des problèmes.....	88
VI.3.2. Autres TCC centrées sur l'estime de soi.....	89
VI.3.3. Programmes de prévention du suicide centrés sur l'estime de soi.....	92

<b>VII. Conclusion</b> .....	95
Annexes.....	98
Annexe 1 : SIS - Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.....	98
Annexe 2 : SEI - Echelle d'estime de soi de Coopersmith, la S.E.I.....	100
Annexe 3 : Etalonnage de la note Totale de la SEI de Coopersmith.....	102
Annexe 4 : HDRS 17 - Echelle de dépression de Hamilton – 17 items.....	103
Annexe 5 : CISS - Inventaire des attitudes pour faire face au stress.....	106
Annexe 6 : BDI - Inventaire de dépression de Beck.....	108
Bibliographie.....	110

---

# Table des figures et tableaux

<b>Figure 1</b> : Incidence du suicide dans la population en France en fonction de l'âge pour 100 000 habitants.....	<b>27</b>
<b>Figure 2</b> : Flow Chart inclusion des patients de l'étude transversale.....	<b>50</b>
<b>Figure 3</b> : Distribution du score de la SEI Totale des 132 patients de la 1 <sup>ère</sup> étude.....	<b>64</b>
<b>Figure 4</b> : Modèle cognitif de faible estime de soi de Fennell (1997).....	<b>91</b>
<b>Tableau 1</b> : Origines, bénéfices et conséquences en cas de manque des trois composantes de l'estime de soi.....	<b>13</b>
<b>Tableau 2</b> : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients de l'étude transversale.....	<b>57</b>
<b>Tableau 3</b> : Corrélations entre l'intentionnalité suicidaire (échelle SIS de Beck) d'une part et l'intensité du syndrome dépressif (HDRS-17) et l'estime de soi (SEI) d'autre part.....	<b>58</b>
<b>Tableau 4</b> : Corrélations partielles, entre l'intentionnalité suicidaire (SIS de Beck) et l'estime de soi (SEI), contrôlant l'effet de l'intensité de la dépression (HDRS-17).....	<b>59</b>
<b>Tableau 5</b> : Taille d'effet des différentes corrélations entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi (SEI) sans facteur de correction et corrigées par la dépression (HDRS-17)....	<b>60</b>
<b>Tableau 6</b> : Corrélations entre l'inventaire des attitudes pour faire face au stress (CISS) et l'intentionnalité suicidaire (SIS) d'une part et l'estime de soi (SEI Totale, Familiale et Sociale) de l'autre.....	<b>61</b>
<b>Tableau 7</b> : Comparaisons des caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre Le groupe « très faible estime de soi » et le groupe « estime de soi plus élevée ».....	<b>72</b>
<b>Tableau 8</b> : Odds Ratio de la récurrence ou de maintien d'idées noires, suicidaires ou de TS entre le groupe « plus faible estime de soi » et le groupe « plus forte estime de soi », à un mois de la sortie d'hospitalisation.....	<b>74</b>
<b>Tableau 9</b> : Corrélations corrigées par le facteur âge entre l'intentionnalité suicidaire (SIS de Beck) et l'estime de soi (SEI).....	<b>75</b>
<b>Tableau 10</b> : Corrélations corrigées par la dépression (HDRS-17) et le facteur âge entre l'intentionnalité suicidaire (SIS de Beck) et l'estime de soi (SEI).....	<b>76</b>



# Liste des principales abréviations

<b>BDI</b>	<i>Beck Depression Inventory</i> (échelle de dépression)
<b>BHS</b>	<i>Beck Hopelessness Scale</i> (échelle de désespoir)
<b>CMME</b>	Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
<b>CIM-10</b>	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
<b>CISS</b>	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> (inventaire des attitudes pour faire face au stress)
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>DSM-IV</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV</i>
<b>IC</b>	Intervalle de Confiance
<b>IMV</b>	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<b>HDRS 17</b>	Hamilton 17 items (échelle de dépression)
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>RR</b>	Risque Relatif
<b>SAS</b>	Service d'Accueil des patients Suicidants
<b>SEI</b>	<i>Self esteem inventory</i> (inventaire d'estime de soi) de Coopersmith SEI T : totale SEI G : Générale SEI S : Sociale SEI F : Familiale SEI P : Professionnelle SEI M : Mensonge
<b>SIS</b>	<i>Suicide Intentionality Scale</i> (Échelle d'intentionnalité suicidaire) de Beck
<b>SPDT</b>	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (logiciel de statistiques)
<b>TCC</b>	Thérapies Cognitivo-Comportementales
<b>TS</b>	Tentative de suicide

# Remerciements

A Monsieur le Professeur Frédéric Rouillon, pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury.

A Monsieur le Professeur Philip Gorwood, veuillez recevoir ma profonde reconnaissance pour m'avoir confié cette thèse et accepté de la diriger. Je vous remercie pour votre soutien, vos recommandations et l'aide que vous m'avez apportés et qui m'ont permis de mener à bien l'ensemble de ce travail.

A Monsieur le Professeur Frank Bellivier, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury de thèse.

A Madame le Docteur Nathalie Gluck, pour l'honneur que tu me fais en acceptant de participer à ce jury de thèse. Tes conseils, tes avis et ton humanité m'ont permis de progresser et de mieux appréhender certaines situations. Merci Nathalie.

A Monsieur Luis Vera, pour m'avoir orientée vers ce sujet de thèse et m'avoir guidée au long de ce travail ; Merci pour ta disponibilité, ton aide et tes précieux conseils.

A tous les psychiatres auprès desquels j'ai aimé travailler et qui m'ont permis de tant apprendre au cours de mon internat.

Aux infirmiers, psychologues, psychomotriciens, assistantes sociales qui ont enrichi ma formation et qui ont rendu ces quatre dernières années si agréables.

A mes co-internes avec qui j'ai pu partager tant de bons moments en stage : Diane GL, Diane DLDL, Anne-Louise, Ingrid, Hélène, Alice, François, Céline, Deborah, Elisabeth, Nicolas, Anaëlle, Raphaël, Emeline, Mathilde, Mathieu, Jean-François, Julie, Cécilia, Praveen et Xavier. J'ai pu faire de belles rencontres et j'espère vous recroiser souvent au travail mais aussi en dehors.

A ceux qui m'ont aidée dans ce travail : Caroline, Matthieu, mes parents. Un remerciement plus particulier à Pauline pour son aide en statistiques et son soutien sans faille.

A mes parents, votre présence attentive et votre soutien depuis tant d'années m'ont permis d'en être là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A mes grands-parents, d'ici et d'ailleurs, qui ont toujours suivi de près les différentes étapes de mes études de médecine.

A ma sœur Soline et mon frère Pierre-Marie, merci pour votre écoute et votre présence dans les bons moments mais aussi dans les plus difficiles. Merci de m'avoir toujours soutenue dans mes choix.

A mes neveux, Arthur et Baptiste. Merci d'être là et d'avoir rendu plus plaisants certains moments de rédaction de cette thèse.

A mes amis de médecine, que j'adore et qui ont toujours été à mes côtés : Caroline, Pauline, Armelle, Sarah, Marie N, Diane GL, Diane DLDL, Marie C, Anne-Louise, Nadine et Julien. Une petite pensée à notre mois de révision aux Cobrières pour l'ECN qui m'a tant aidée.

# I. Introduction

L'estime de soi est un concept de plus en plus prépondérant dans notre société qui a tendance à accorder une importance croissante à l'épanouissement de chaque personne. Les troubles de l'estime de soi sont souvent considérés comme pouvant être à l'origine ou être la conséquence des pathologies psychiatriques. Ainsi, l'évaluation de l'estime de soi peut contribuer à éclairer certains tableaux cliniques présentés par nos patients.

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés aux liens entre le concept d'estime de soi et le suicide, un des problèmes majeurs de santé publique. En effet, le suicide fait partie des vingt principales causes de décès dans le monde. En France, 10500 personnes meurent par suicide chaque année, soit 3 fois le nombre de décès causés par les accidents de la circulation. Lorsque nous nous intéressons à la population âgée de 25 à 44 ans, le suicide est alors la première cause de mortalité. De nombreuses études ont été publiées sur ce sujet et différents facteurs de risque ont pu être mis en évidence.

Selon nous, l'estime de soi pourrait influencer le risque suicidaire et il serait intéressant d'y attacher une attention particulière. Notamment, la mise en évidence d'un lien entre estime de soi et risque suicidaire pourrait avoir un impact significatif sur le plan thérapeutique.

La plupart des cliniciens ont une représentation intuitive de l'estime de soi. Néanmoins il s'agit d'un concept complexe que de nombreux auteurs psychiatres, psychologues ou encore philosophes ont étudié, en proposant des définitions et des approches différentes.

Ainsi, nous allons dans un premier temps tenter de comprendre le concept d'estime de soi puis présenter une revue de la littérature sur le risque suicidaire.

Dans un second temps, nous présenterons les études cliniques que nous avons réalisées dans le service de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) du centre hospitalier Sainte-Anne afin d'étudier s'il existe une corrélation entre estime de soi et risque suicidaire, et d'en préciser les caractéristiques.

## II. Théorie et revue de la littérature

### II.1. L'estime de soi

#### II.1.1. Définition

##### II.1.1.1. Définition générale

L'estime de soi est une dimension essentielle de l'identité. C'est une évaluation de soi sur soi, c'est la manière dont on se voit et dont on se juge. Elle est fortement corrélée au sentiment que l'on a du jugement et du regard des autres sur soi. Cette estime de soi influence la manière dont on se traite et dont on se comporte <sup>1</sup>. Elle indique le degré dans lequel une personne se croit capable, valable et importante. C'est ainsi une expérience subjective.

Il faut néanmoins prendre en compte les variations dues aux expériences individuelles. Chacun construit son appréciation globale de soi en pondérant des appréciations plus spécifiques dans différents domaines selon l'importance subjective qu'ils accordent à ces différents domaines <sup>2</sup>. En effet, une personne peut avoir une estime de soi globale élevée en se considérant comme très estimable dans son travail et estimable dans sa relation avec ses amis, mais très peu valable dans d'autres domaines comme le domaine sportif quand pour lui les domaines professionnels et sociaux sont les plus importants.

L'estime de soi est un concept ancien : dans son *Traité sur les passions de l'âme*, Descartes en 1649 affirmait déjà que « nous pouvons ainsi nous estimer et nous mépriser nous-mêmes ». Cependant, depuis quelques années, l'estime de soi est devenue l'une de nos grandes préoccupations. Notre société a tendance à accorder une importance croissante à l'épanouissement de chaque individu aussi bien dans le domaine social, que familial, scolaire ou professionnel. Nous devons également, dans notre société de plus en plus compétitive, démontrer en permanence notre valeur à la fois sur le marché du travail mais également dans nos relations aux autres <sup>1</sup>.

### **II.1.1.2. Les 3 composantes de l'estime de soi**

Il existe différentes composantes de l'estime de soi. En 1999, dans *Les piliers de l'estime de soi*, C. André a défini 3 piliers qui entretiennent des liens d'interdépendance :

- L'amour de soi : se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations. Il facilite une vision positive de soi.
- La vision de soi : évaluer ses qualités et ses défauts, fondés ou pas. Elle influence positivement la confiance en soi.
- La confiance en soi : penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

Ces différentes composantes de l'estime de soi se construisent pendant l'enfance à travers l'affection, le regard, les valeurs et l'éducation transmis par les parents et l'entourage proche. Chacune se développe à partir de transmissions différentes. Ainsi se met en place l'amour de soi à travers le domaine affectif reçu, la vision de soi à travers les projections des parents et la confiance en soi à travers l'apprentissage des règles de l'action.

Les bénéfices, c'est-à-dire les stabilités, les qualités et les résistances, de chacune des trois composantes sont différents. Il en est de même pour les conséquences en cas de manque de l'un ou l'autre des trois piliers de l'estime de soi qui vont du doute sur ses capacités à être apprécié par autrui au manque d'audace dans ses choix ou au manque de persévérance.

L'ensemble de ces données est reporté dans le tableau 1<sup>3</sup>.

**Tableau 1 : Origines, bénéfices et conséquences en cas de manque des trois composantes de l'estime de soi**

	<b>Amour de soi</b>	<b>Vision de soi</b>	<b>Confiance en soi</b>
<b>Origines</b>	- Qualité et cohérence des nourritures affectives reçues par l'enfant	- Attente, projets et projections des parents sur l'enfant	- Apprentissage des règles de l'action (oser, persévérer, accepter les échecs)
<b>Bénéfices</b>	- Stabilité affective - Qualité relationnelle - Résistance aux critiques	- Ambitions et projets que l'on tente - Résistance aux obstacles	- Action au quotidien facile et rapide - Résistance aux échecs
<b>Conséquences en cas de manque</b>	- Doute sur ses capacités à être apprécié par autrui - Convictions de ne pas être à la hauteur	- Manque d'audace dans ses choix - Dépendance aux avis d'autrui - Peu de persévérance	- Inhibition - Abandon - Manque de persévérance

### **II.1.1.3. Approches de l'estime de soi : implicite et explicite**

Il existe deux approches distinctes de l'estime de soi :

- L'estime de soi explicite : c'est la valeur qu'un individu se donne, ce qu'il dit de lui-même. Elle est consciente.
- L'estime de soi implicite : elle est inconsciente ou automatique et peut avoir des effets sur les pensées et le comportement de la personne.

Ces deux approches peuvent ne pas être cohérentes entre elles et aller dans des sens différents.

#### **II.1.1.4. Niveau de l'estime de soi**

Plus l'estime de soi est élevée, plus la personne est consciente de ses forces et ses qualités. Elle a un regard positif sur elle-même, ce qui lui donne un sentiment de sécurité interne qui permet l'épanouissement et l'efficacité de ses actions. Cette personne sera capable de donner son avis, de s'exposer au regard des autres, d'aller vers la nouveauté (se faire des amis, avoir de nouvelles activités...) sans appréhension excessive.

Au contraire plus l'estime de soi est basse, plus la personne a un regard négatif sur elle-même, se focalisant sur ses défauts et ses limites. Cette personne a toujours peur de faire des erreurs, de ne pas plaire et/ou de susciter des moqueries <sup>1</sup>.

### **II.1.2. Evaluation de l'estime de soi**

Certains auteurs ont mis en place des échelles d'auto-évaluation standardisées permettant de quantifier l'estime de soi de façon reproductible d'un sujet à l'autre.

Les échelles sont les suivantes :

- L'échelle d'estime de soi de Rosenberg : *Rosenberg's Self Esteem Scale* (RSE) (1965)<sup>4</sup>
- L'échelle d'image de soi du Tennessee de Fitts : *Tennessee Self-Concept Scale* (1965)<sup>5</sup>
- L'inventaire d'estime de soi de Coopersmith : *Self Esteem Inventory* (SEI) (1981)<sup>6</sup>
- Le questionnaire sur soi de Marsh : *Self-Description Questionnaire II* (SDQII) (1983)<sup>7</sup>
- L'inventaire d'estime de soi indépendant de la culture du sujet de Battle : *Culture Free Self-Esteem Inventories* (1992)<sup>8</sup>
- L'échelle multidimensionnelle d'estime de soi de Bracken : *Multidimensional Self Concept Scale* (MSCS) (1992)<sup>9</sup>

Les deux questionnaires les plus utilisés sont ceux de Rosenberg et de Coopersmith.



L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est la plus employée dans les études anglophones du fait de ses qualités psychométriques. En effet, son temps de passation est très bref (10 items) et elle offre une évaluation très globale de la perception des sujets quant à leur propre valeur. Cet instrument a des indices de validité et de fidélité très acceptables ; il est par ailleurs unidimensionnel avec un coefficient de reproductivité de 90% <sup>10</sup>.

En ce qui concerne l'échelle de Coopersmith, elle se démarque de celle de Rosenberg par sa particularité à différencier différentes parts de l'estime de soi : l'estime de soi sociale, familiale, professionnelle, personnelle (ou globale) et l'estime de soi totale. Cet outil d'analyse comprend 58 items.

### **II.1.3. Evolution du concept d'estime de soi** <sup>11 12</sup>

#### **II.1.3.1. Approche psychanalytique**

Du point de vue psychanalytique, le concept d'estime de soi a un lien étroit avec le narcissisme et la théorie de l'attachement. Plusieurs théories du narcissisme sont élaborées par différents auteurs dont S. Freud et J. Lacan.

En 1914, **S. Freud** au sein de son ouvrage « *Pour introduire le narcissisme* » a différencié deux formes de narcissisme qui forment selon lui un stade normal de l'évolution de la libido :

- Le narcissisme primaire : il s'agit de l'état le plus précoce où le moi n'est pas encore constitué et l'enfant investit ses pulsions, sa libido sur lui-même c'est-à-dire sur des parties de son propre corps. C'est ainsi un stade de toute puissance avec un sentiment primitif d'omnipotence.
- Le narcissisme secondaire : il s'agit du narcissisme où l'investissement libidinal se retourne sur le moi par l'intermédiaire d'une confrontation entre le moi et l'idéal du moi que l'enfant cherche à atteindre pour se faire aimer par d'autres et en particulier par sa

mère. En effet, en grandissant l'enfant se rend compte que sa mère désire également en dehors de lui. Pour reconquérir cet amour l'enfant cherche à se conformer à cet idéal du moi qui se constitue à partir des représentations culturelles, éthiques et sociales transmises par les parents et la communauté.

En 1917, dans son nouvel ouvrage « *deuil et mélancolie* », il a introduit la théorie de l'identification narcissique. Pour lui la formation du moi se fait majoritairement par la transformation des investissements d'objets en identifications. Le moi se façonne ainsi sur l'image de l'objet. Il a fait cette constatation à partir de ses observations de patients mélancoliques où il montrait un conflit entre le moi et le surmoi : le moi se voyant critiqué et déprécié par le surmoi qui le juge en le prenant pour un objet. En effet le surmoi, qui s'est constitué à partir des interdits et des exigences transmis par les parents, a ce rôle de conscience morale et d'auto-observation. Ainsi pour Freud, la formation du moi se fait en référence à l'image du semblable (l'objet). Tout amour de l'objet comporte une part de narcissisme, c'est s'aimer soi-même à travers un semblable.

Au final, pour S. Freud l'amour propre, le *Selbstgefühl*, est le sentiment de grandeur du moi qui se construit par 3 voies :

- Celle héritée du narcissisme primaire : le sentiment de toute puissance.
- Celle du narcissisme secondaire avec l'accomplissement de l'idéal du moi : la confirmation de cette toute puissance par l'expérience.
- Celle venant de la satisfaction de l'investissement libidinal de l'objet.

En 1949, pour **J. Lacan**, le moi se constitue au moment du « *stade du miroir* » qui est l'expérience narcissique fondamentale : le nourrisson se découvre pour la première fois dans le miroir et jubile devant cette vision idéale globale de son corps alors que jusqu'alors il avait une image morcelée de ce corps. Lacan la nomme l'identification primordiale à une image idéale de soi-même. La formation du moi prend naissance dans le miroir, dans l'image à l'extérieur de lui. Puis rapidement, il s'identifie à sa mère et aux autres personnes qui se présentent également en image devant lui. C'est l'association des images dans le miroir et dans le semblable qui constitue le « moi idéal ». Elle permet ainsi, au narcissisme d'exister en organisant les relations entre le moi et le semblable et en intériorisant ces relations.

Pour les psychanalystes l'estime de soi se constitue dans l'enfance selon la qualité des premières expériences et des interactions précoces. L'enfant peut ainsi intérioriser que sa valeur est stable et développer un amour pour sa propre image et une confiance en soi. Cela va lui permettre d'investir de nouveaux objets au cours du temps et de s'ouvrir au monde extérieur, comme nous le retrouvons dans la **théorie de l'attachement**. Selon cette théorie, développée par un psychiatre anglais, Bowlby (1907-1990), l'enfant se construit à partir de ses relations avec ses figures d'attachement qui sont les personnes significatives qui l'entourent. La première figure d'attachement est ainsi la mère. L'enfant va émettre un signal par ses pleurs lorsqu'il est en situation de détresse (séparation, peur, inconfort, faim, douleur...) afin de se s'assurer de la proximité de la figure d'attachement. En fonction de la façon dont la figure d'attachement répond à ses besoins, l'enfant peut développer 4 classes d'attachement distinguées par Ainsworth dans les années 1960-1970 :

- Attachement sécure : l'enfant utilise la figure d'attachement comme base de sécurité pour l'exploration. L'enfant proteste en cas de séparation avec cette figure d'attachement, recherche sa proximité et est rassuré par son retour. Il retourne alors explorer.
- Attachement évitant : l'enfant semble indépendant dans l'exploration de l'environnement. Il exprime peu ou pas de réaction en cas de séparation et lors du retour de la figure d'attachement. Il n'existe que peu d'échange affectif durant le jeu.
- Attachement ambivalent : l'enfant est incapable d'utiliser la figure d'attachement comme base de sécurité. Il recherche la proximité avec la figure d'attachement, est stressé par la séparation mais de façon ambivalente, exprime de la colère lorsqu'un contact est présent et semble peu apaisé par les retrouvailles.
- Attachement désorganisé : Absence de stratégie d'attachement cohérente. L'enfant a des comportements contradictoires et désorientés.

Une fois établies, ces classes d'attachement sont difficiles à changer. Elles sont une composante du développement de l'estime de soi et ont un retentissement à l'âge adulte.

### II.1.3.2. Approche sociale et cognitive

En parallèle de la pensée psychanalytique autour du narcissisme, plusieurs psychologues, philosophes ou sociologues se sont interrogés sur le concept de l'estime de soi avec une approche sociale puis cognitive.

**W. James** (1890) <sup>13</sup> est le premier auteur à définir l'estime de soi. Il la considère comme la conscience de la valeur du moi. Il met l'accent sur la dynamique intrapersonnelle et intrapsychique. Ainsi l'articulation entre le moi actuel et les aspirations de ce même sujet joue un rôle essentiel. Plus la distance entre le soi réel et le soi idéal est importante (les succès rencontrés n'arrivent pas à la hauteur des ambitions), plus la personne a une basse estime de lui. L'estime de soi est donc pour W. James le rapport entre nos prétentions et nos succès : pour augmenter notre estime de soi, il faut soit augmenter nos succès, soit diminuer nos prétentions.

Par la suite, **C. Cooley** (1902) <sup>14</sup> s'intéresse aux aspects interpersonnels et aux interactions sociales. Il fait l'hypothèse que le sentiment de valeur de soi est une construction sociale influencée par les interactions avec l'entourage et cela dès l'enfance. Il propose le concept de l'effet de miroir social (« *looking glass self* ») : la valeur que le sujet perçoit de lui-même est déterminée par la façon dont les autres le voient et le valorisent.

En 1954, **J. Rotter**, un psychologue américain, définit l'estime de soi à partir du locus de contrôle (*locus of control*) : croyance personnelle sur la maîtrise possible ou pas qu'on peut avoir sur les événements. Il en existe deux types :

- Le locus de contrôle interne : croyance de l'individu selon laquelle il est acteur du déroulement de sa vie. Il aura tendance à considérer que les événements qui l'affectent dépendent de lui, sont le résultat de son action et de ses performances. Par exemple lors d'un échec à un examen, il l'attribuera à ses erreurs personnelles : manque de travail, manque de concentration...
- Le locus de contrôle externe : croyance de l'individu selon laquelle il est spectateur du déroulement de sa vie. Il aura tendance à penser que les événements sont dus à des

facteurs externes, hors de son influence. Pour suivre le même exemple, l'échec à l'examen sera dû pour lui à la difficulté de l'épreuve, à un manque de chance...

Le locus de contrôle est une dimension de la personnalité relativement stable dans le temps. Les sujets qui présentent un locus de contrôle plutôt interne seront plus enclins à se remettre en question en cas de difficultés mais seront renarcissisés en cas de réussite qu'ils s'attribueront. Néanmoins le locus de contrôle peut être adapté en fonction des situations. Cette capacité d'adaptation est corrélée au niveau d'estime de soi : ceux qui présentent une estime de soi élevée attribuent leurs réussites à leurs capacités et leurs échecs aux circonstances externes.

Dans les années 1990 est née la perspective développementale interactionniste du soi. Cette perspective met en exergue les interactions sociales sur la formation du soi. En effet, l'interactionnisme est un courant de pensée où le soi et la société sont des unités interindividuelles. Il est né aux Etats-Unis de la confrontation entre différents courants issus de la psychologie, l'anthropologie et la sociologie. L'individu se construit dans ses relations avec son environnement à la fois social, humain, affectif et matériel. Les interactions sociales sont ainsi au centre de la formation du soi.

**S. Harter**, psychologue américaine, est l'un des auteurs principaux de cette perspective développementale. Elle s'inspire des modèles de W. James et de C. Cooley et met en avant les effets du soutien social et de la perception de compétence sur l'estime de soi au cours de l'adolescence. Elle démontre que se sentir à la hauteur dans un domaine que l'on valorise particulièrement va avec une forte estime de soi, alors que si on ne se sent pas à la hauteur dans ce même domaine l'estime de soi sera faible. De plus, elle montre que les jugements d'autrui positifs ou négatifs sur les actions et attributions de l'enfant lui permettent de construire son estime de soi. Jusqu'à l'âge de 3 ans les personnes les plus importantes (les parents puis progressivement le reste de l'entourage) interviennent dans la construction de l'estime de soi de l'enfant. A 8 ans, l'enfant est capable de s'évaluer globalement en tant que personne et d'estimer ses compétences dans les différents domaines<sup>15</sup>. S. Harter considère que l'estime de soi comprend un domaine global (jugement global de soi) et cinq domaines spécifiques de compétence qui se hiérarchisent différemment selon les individus : l'apparence, les relations sociales, les comportements, les performances physiques et cognitives. L'estime globale de soi se situe au niveau supérieur et couvre l'ensemble de ces domaines.

**A. Beck** quant à lui propose une approche cognitive de l'estime de soi par l'intermédiaire de son modèle cognitif des troubles émotionnels de 1976. Selon lui, l'interaction entre les expériences de l'enfance et les traits de caractères innés donnent un ensemble de croyances fondamentales sur nous-même et sur lesquelles repose l'estime de soi. Ainsi l'estime de soi se construit tôt pendant l'enfance et évolue peu au cours de la vie. Cette théorie s'applique à la formation de l'image de soi mais aussi aux représentations que nous nous faisons du monde qui nous entoure (les autres, l'avenir...). L'ensemble des représentations construites à partir des expériences passées influence le traitement des informations que le sujet reçoit et peut créer des distorsions cognitives négatives sur soi et notre environnement : cela conduisant à donner une interprétation dépressive aux événements vécus par le sujet.

Au final, au cours du temps, les auteurs ont proposé des définitions et des approches différentes de l'estime de soi tant au niveau de son origine que de sa structure. Cependant, ils la présentent tous comme une dimension qui s'acquiert dès le plus jeune âge, qui reste relativement stable au cours du temps et qui varie autour de son niveau de base en fonction des événements de vie. De plus, l'influence du regard d'autrui et la comparaison sociale paraissent être des paramètres essentiels pour estimer le niveau de l'estime de soi.

#### **II.1.4. L'estime de soi et les troubles psychiatriques**

Les nombreux auteurs qui se sont intéressés à l'estime de soi à travers le temps montrent à quel point ce concept est important et cela notamment par son association à des troubles ou des symptômes psychiatriques.

Dès 1976, A. Beck explique les troubles de l'estime de soi et leur lien avec les troubles dépressifs et anxieux, par son modèle cognitif des troubles émotionnels évoqué précédemment. A partir de certaines croyances négatives, l'individu va construire des hypothèses erronées et adapter son comportement quotidien pour y faire face. Par exemple, s'il se croit en dessous du niveau dans la sphère professionnelle, il travaillera plus que ses collègues sinon il pensera

nécessairement échouer. Cependant l'estime de soi de l'individu reste fragile malgré ces stratégies adaptatives. Les pensées erronées négatives peuvent se réactiver suite à un évènement précipitant déstabilisant comme un licenciement ou une rupture sentimentale par exemple. Des symptômes anxieux voire dépressifs peuvent alors apparaître <sup>72</sup>.

Plus récemment en 2013, Sowislo *et al.* ont réalisé une méta-analyse <sup>16</sup> couvrant 77 études sur la dépression et 18 études sur l'anxiété. Les auteurs retrouvaient que la faible estime de soi est associée selon de nombreuses études à la **dépression** et aux **troubles anxieux**. Ils se sont intéressés plus spécifiquement à la nature des liens entre l'estime de soi et ces troubles et ont mis en évidence que :

- L'effet de l'estime de soi sur la dépression était significativement plus important que l'effet de la dépression sur l'estime de soi. La faible estime de soi était ainsi un facteur de vulnérabilité de la dépression.
- En revanche, les effets entre la faible estime de soi et l'anxiété étaient relativement équilibrés. La faible estime de soi prédisait donc autant l'anxiété que l'inverse.

Outre la dépression et les troubles anxieux, la faible estime de soi est également retrouvée comme associée à d'autres troubles psychiatriques dont :

- **La psychose** <sup>17</sup> : l'estime de soi serait impliquée dans la formation des idées délirantes de persécution et dans le maintien des idées délirantes et des hallucinations chez les patients schizophrènes. Elle serait également un élément de vulnérabilité à la dépression qui peut survenir après un épisode psychotique <sup>18</sup>.
- **Les troubles du comportement alimentaire** <sup>19</sup> : la faible estime de soi semble être une variable prédictive importante des troubles du comportement alimentaire, que ce soit l'anorexie mentale ou la boulimie.
- **L'abus et la dépendance aux toxiques** <sup>20 21</sup> : la faible estime de soi a été notamment montrée comme un facteur prédictif de l'alcool-dépendance ; la forte estime de soi a été retrouvée comme indirectement associée à moins de problèmes liés à l'alcool par le biais d'un stress moins important.

De même, plus spécifiquement chez les jeunes, en 2014, Yao *et al.* rapportaient que la faible estime de soi était associée aux troubles anxieux, au syndrome dépressif, aux troubles du comportement alimentaire et aux addictions ou abus de toxiques <sup>22</sup>.



## II.2. Risque suicidaire et crise suicidaire

### II.2.1. Définition de la crise suicidaire

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide, ce qui en fait toute la gravité. Il s'agit d'un état temporaire de désorganisation psychique intense où les émotions dominent, un moment d'échappement où le sujet présente un état de vulnérabilité et d'insuffisance de ses moyens de défense. Cela crée une souffrance qui peut aller d'un sentiment péjoratif d'être en situation d'échec au passage à l'acte via des idées suicidaires plus ou moins envahissantes. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Il n'existe pas dans la littérature de critères diagnostiques certains de la crise suicidaire <sup>23</sup>.

Les études cas-contrôles à partir d'autopsies psychologiques, le suivi de patients, et les critères retrouvés dans les différentes contributions des experts, font apparaître trois types de signes pour repérer la crise suicidaire <sup>23</sup> :

- Les expressions d'idées et d'intentions suicidaires qui sont les manifestations les plus évidentes.
- Les manifestations diverses d'une crise psychique : asthénie, anxiété, tristesse, irritabilité et agressivité, troubles du sommeil, aboulie, sentiment d'échec et d'inutilité, **mauvaise image de soi**, sentiment de dévalorisation, troubles de la mémoire, troubles de l'appétit, rumination mentale, appétence particulière au tabac et/ou à l'alcool.
- Un contexte de vulnérabilité : dépression, impulsivité, troubles psychiatriques déjà existants, facteurs de personnalité, alcool-dépendance et toxicomanie.

D'autre part, l'histoire familiale, le contexte socioprofessionnel et les événements de vie douloureux, comme les déplacements ou la perte d'un être cher par exemple, peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire.

## II.2.2. Epidémiologie du suicide et des tentatives de suicide dans le monde

La crise suicidaire est un phénomène mondial qui est reconnu comme un problème majeur de santé publique. Le suicide fait partie des vingt principales causes de décès dans le monde, tous âges confondus. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à plus de 800 000 personnes le nombre de personnes qui meurent par suicide chaque année, soit environ une personne toutes les 40 secondes <sup>24</sup>. Le taux de suicides dépasse le nombre de décès dans les accidents de la circulation dans de nombreux pays notamment en Europe <sup>25</sup>. En 1998, le suicide représentait 1.8% de la charge mondiale de morbidité, qui devrait d'ailleurs augmenter à 2.4% en 2020 <sup>26</sup>.

Nous pouvons citer les incidences suicidaires de quelques pays en exemple <sup>27</sup> :

- Lituanie : 38,6 pour 100 000 habitants
- Slovénie : 28,1 pour 100 000 habitants
- Japon : 24 pour 100 000 habitants <sup>28</sup>
- Autriche : 17,9 pour 100 000 habitants
- France : 16,2 pour 100 000 habitants <sup>29</sup>
- Allemagne : 13,5 pour 100 000 habitants
- Etats-Unis : 11 pour 100 000 habitants
- Turquie : 6,7 pour 100 000 habitants
- Mexique : 3,1 pour 100 000 habitants
- Pérou : 0,9 pour 100 000 habitants

Les jeunes sont particulièrement concernés par les comportements suicidaires <sup>26 30</sup>. Dans le monde, le suicide est l'une des trois principales causes de décès dans la population des 15-44

ans, groupe le plus productif économiquement. Quant aux personnes âgées de 15 à 19 ans, le suicide représente la seconde cause de mortalité. Pour donner l'exemple de quelques pays, chez les 15-24 ans le suicide est la seconde cause de décès en Australie, la troisième en Amérique du Nord et la cinquième au Royaume-Uni <sup>31</sup>. A l'opposé, les personnes âgées présentent aussi un risque suicidaire élevé dans de nombreux pays.

Au-delà des personnes qui se suicident, le phénomène présente un impact majeur à court et à long terme sur les membres de la famille (conjoint, parents et enfants), les amis, les collègues de travail et la communauté qui sont souvent laissés pour compte <sup>26</sup>. Chaque suicide aurait un impact sur au moins six autres personnes <sup>32</sup>.

On note également une différence entre pays développés et pays en voie de développement.

C. Baudelot et R. Establet évoquaient en 2006 dans leur ouvrage *L'envers de notre monde* <sup>27</sup> que les taux de suicide sont plus élevés dans les pays développés économiquement, mais au sein de ces pays les suicides surviennent plus fréquemment dans les régions pauvres et chez les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés.

De plus, bien que le suicide soit un problème grave dans les pays à revenus élevés, il existe un grand nombre de suicides dans les pays à faibles et moyens revenus <sup>26</sup>. Ces pays sont moins équipés pour prévenir le suicide. Ils sont incapables de suivre le rythme de la demande croissante de soins en santé mentale. Les infrastructures sont insuffisantes et les ressources économiques (allocations budgétaires plus faibles pour la santé en général et pour la santé mentale en particulier) et humaines sont limitées. Par exemple, dans deux continents qui représentent 89% de la population des pays en voie de développement qui sont l'Asie du Sud-Est et l'Afrique, il y a respectivement 0,44 et 0,34 professionnels de santé (psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues et travailleurs sociaux dans le domaine de la psychiatrie) pour 100 000 habitants <sup>33</sup>.

Vijayakumar *et al.* en 2005 soulignaient le besoin évident d'élaborer des plans nationaux de prévention du suicide appropriés, pertinents et efficaces dans les pays en développement sachant que seul le Sri Lanka avait eu une réflexion sur ce sujet <sup>33</sup>.

Au-delà des réalités financières, la volonté et les programmes politiques de ces pays sont un facteur essentiel pour apporter les changements nécessaires relatifs à la prévention du suicide. En effet, le comportement suicidaire est considéré comme une infraction pénale dans certains pays, ce qui pose une difficulté supplémentaire pour mettre en place sa prévention <sup>26</sup>.

### **II.2.3. Epidémiologie du suicide en France** <sup>29</sup>

En France, chaque année près de 10 500 personnes meurent par suicide, soit trois fois plus de décès que ceux causés par les accidents de la circulation. Cela représente un taux de décès par suicide en France de 16,2 pour 100 000 habitants.

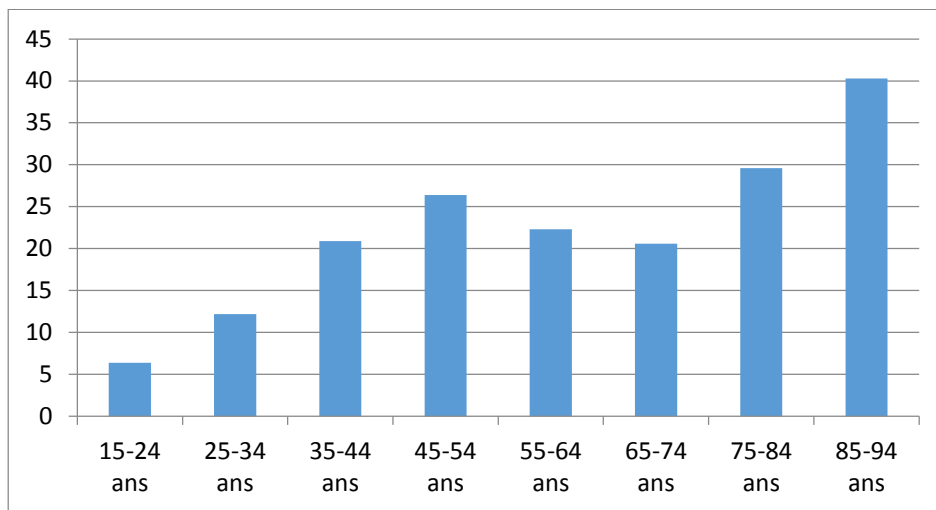
La France fait partie des pays européens à taux élevés de suicide avec la Finlande et la Belgique notamment. La prévalence moyenne en Europe du taux de suicide est de 10,2 suicides pour 100000 habitants.

Même si des individus de tous âges sont concernés par le suicide, on note des disparités en fonction de l'âge. La population en activité est la plus touchée (56% des suicides concernent les 35-64 ans) mais les personnes âgées sont également très touchées (28% des suicides concernent les personnes de plus de 65 ans).

Le suicide est la première cause de mortalité pour les personnes entre 25 et 34 ans, ce qui correspond à 20% de l'ensemble des décès dans cette tranche d'âge. Pour les 15-24 ans, il s'agit de la seconde cause après les accidents de la route.

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge. L'incidence du suicide dans les différentes tranches d'âge de la population est représentée sur la **Figure 1**.

**Figure 1 : Incidence du suicide dans la population en France en fonction de l'âge pour 100000 habitants**



Malgré ces chiffres préoccupants, il faut noter que le taux de suicide a diminué en France ces vingt dernières années. En 1990, on comptait 11 403 suicides (taux de suicide à 20,3 pour 100000 habitants) et en 2011, 10 524 suicides.

Chez les hommes, le taux de suicide est passé de 32,3 en 1990 à 25 en 2011 pour 100 000 habitants. Pour les femmes, il est passé de 10,7 à 7,8 pour 100 000 habitants.

## **II.2.4. Epidémiologie des idées suicidaires et des tentatives de suicide en France**

Une enquête de 2009-2010 réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) sur les idées suicidaires de la population française, a retrouvé que 3,9 % des personnes ont eu des idées suicidaires durant les 12 derniers mois.

Il est également mis en évidence que les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les femmes : 4,4% des femmes ont eu des idées suicidaires au cours de l'année contre 3,4% des hommes. En

revanche, les suicides sont plus fréquents chez les hommes comme nous l'avons vu précédemment <sup>29</sup>.

Il est très compliqué d'estimer le nombre de tentatives de suicide (TS). Le nombre de TS prises en charge aux urgences des hôpitaux en France chaque année a été estimé entre 176000 et 200000 <sup>34</sup>. Ces chiffres sont très certainement en deçà du nombre réel de TS en France sachant que certains patients peuvent ne pas passer par les urgences lorsqu'il s'agit de TS non graves et que près de 20% des TS ne seraient pas déclarées.

La récurrence est fréquente, surtout en présence de troubles psychiatriques associés. Dans une revue de la littérature de 2014 comprenant 177 études de suivi de cohortes de patients après une TS <sup>35</sup>, le taux de récurrence était de 16,3 % à un an et de 22,4 % à cinq ans. Cette étude semble retrouver une relation étroite entre la TS, la récurrence et le décès par suicide : après une TS, la mortalité par suicide était estimée à 1,6 % à un an et 3,9 % à cinq ans. De plus, environ la moitié des patients qui se suicident ont déjà fait une TS au cours de leur vie.

La récurrence de TS, reflétant la persistance de la détresse de l'individu, et le taux de mortalité par suicide suite à une TS montrent à quel point une tentative doit être prise en considération et faire l'objet de mesures de prévention.

## **II.2.5. Principaux facteurs de risque suicidaire**

### **II.2.5.1. La crise suicidaire, un modèle plurifactoriel**

Dans la littérature, les auteurs s'accordent pour dire que la crise suicidaire doit être envisagée comme un modèle plurifactoriel et que les différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Ainsi, nous ne pouvons pas utiliser un modèle additif (qui mesure le risque final à partir d'une somme des différents facteurs de risque) mais plutôt un modèle intégratif : l'impact de chacun des facteurs de risque dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments <sup>23</sup>.

Nous pouvons prendre l'exemple d'une étude réalisée en 2002 en Chine où les auteurs ont comparé les caractéristiques de 519 personnes qui se sont suicidées avec celles de 536 personnes qui sont décédées sans suicide <sup>36</sup>. Il a été mis en évidence huit facteurs de risque significatifs de suicide qui sont par ordre d'importance : des symptômes sévères de syndrome dépressif, des antécédent de TS, un stress aigu au moment du décès, une faible qualité de vie, un stress chronique important, de graves conflits interpersonnels dans les deux jours précédant la mort, un antécédent familial de comportement suicidaire, un antécédent de comportement suicidaire chez un ami ou une connaissance. Les auteurs ont mis en évidence le fait que le risque suicidaire augmentait considérablement avec une exposition multiple à des facteurs de risque. Parmi les 1055 personnes décédées :

- celles exposées à 0 ou 1 facteur de risque de suicide : aucune (0/265) n'est décédée par suicide.
- celles exposées à 2 ou 3 facteurs de risque : 30% (90/299) sont décédées par suicide.
- celles exposées à 4 ou 5 facteurs de risque : 85% (320/377) sont décédées par suicide.
- celles exposées à 6, 7 ou 8 facteurs de risque : 96% (109/114) sont décédées par suicide.

Les auteurs ont conclu que les programmes de prévention du suicide se concentrant uniquement sur un seul facteur de risque ne seraient pas susceptibles de réduire sensiblement le taux de suicide. Il faudrait ainsi se concentrer sur les personnes exposées à de multiples facteurs de risque suicidaire.

#### **II.2.5.2. Les facteurs de risque primaires**

Pour hiérarchiser les facteurs de risque suicidaire nous nous sommes référés à la classification proposée par la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'octobre 2000 en facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires <sup>23</sup>. Nous allons les présenter successivement.

Les facteurs de risque primaires d'après la HAS sont :

- les troubles psychiatriques dont les abus d'alcool et de drogue <sup>26 37 38</sup>
- les antécédents personnels et familiaux de suicide

- l'impulsivité (tendance à l'agir, démesure dans la réponse, non contrôle de l'affectivité engendrant une décision ou un acte brutal sans élaboration)
- les idées suicidaires et la communication d'une intention suicidaire

Ces facteurs de risque primaires sont en interaction. Ils ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et ils pourront être influencés par les traitements.

Tout d'abord, par rapport aux troubles psychiatriques, il est important de noter que les troubles subliminaux sont fréquents et à prendre en compte. De plus la coexistence de plusieurs troubles accroît le risque de tentative de suicide (TS). Lorsqu'il existe 3 diagnostics de troubles psychiatriques le risque est multiplié par 20<sup>23</sup>.

Nous retrouvons dans la littérature que la grande majorité de ces troubles examinés indépendamment sont associés à un risque élevé de TS. En effet une méta-analyse de 1997<sup>37</sup> a évalué le risque suicidaire en fonctions des troubles psychiatriques et a retrouvé que sur les 44 troubles étudiés (les troubles neurologiques comme l'épilepsie et la maladie de Huntington par exemple, les différentes addictions et les troubles psychiatriques dont les troubles de la personnalité) : 36 avaient un Ratio Standardisé de Mortalité (SMR) par suicide significativement élevé et 5 avaient un SMR par suicide élevé de façon non significative. En conclusion, tous les troubles mentaux généraient un risque accru de suicide à l'exception du retard mental et de la démence.

De plus, une étude plus récente de 2010<sup>38</sup> va dans ce sens : elle a été réalisée à partir d'une enquête sur 9282 adultes américains et a révélé que près de 80% des TS aux États-Unis surviennent chez des personnes présentant un trouble mental. Cette étude a montré également que les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, l'impulsivité et la toxicomanie prédisaient tous significativement les tentatives de suicide en analyse bivariée (odds ratio (OR) = 2,7 à 6,7). Cependant, ces associations diminuaient sensiblement en analyse multivariée ajustées pour les comorbidités (OR = 1,5 à 2,3).



Une étude de 2015 <sup>39</sup> a pris en considération le fait que plusieurs troubles psychiatriques sont souvent diagnostiqués chez un même patient ; ainsi il est difficile de savoir si l'augmentation du risque de TS est due à un trouble mental spécifique ou à d'autres facteurs plus généraux de la psychopathologie communs à tous les troubles de santé mentale. Les auteurs ont analysé les données d'une enquête nationale américaine de grande échelle NESARC (Enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les conditions connexes). Ils ont examiné les données des 34 653 sujets, représentatifs d'une population adulte aux Etats-Unis, pour trouver les effets communs et spécifiques des maladies psychiatriques (axe I du DSM IV tr : épisode dépressif majeur et les troubles de l'humeur, les différents troubles anxieux, les addictions à l'alcool, au jeu d'argent et aux toxiques) et des troubles de la personnalité (axe II du DSM IV tr : troubles de la personnalité histrionique, schizoïde, paranoïde, obsessionnelle, dépendante, évitante et antisociale) sur la survenue de tentatives de suicide dans la population générale et parmi les individus ayant déjà présenté des idées suicidaires. Au final, ils ont confirmé que les troubles psychiatriques étaient bien associés au risque suicidaire mais que cette association était à la fois liée à un facteur de prédisposition générale aux troubles psychiatriques et à la fois non spécifique à un seul trouble.

Nous notons qu'il existe une variabilité de ces facteurs de risque en fonction des pays : une étude a retrouvé que dans les pays à revenus élevés, le facteur de risque de comportement suicidaire le plus important était la présence d'un trouble de l'humeur alors que dans les pays à revenus intermédiaires ou faibles il s'agissait de la présence d'une impulsivité <sup>40</sup>.

En ce qui concerne le facteur de risque primaire « impulsivité » : ce n'est pas un facteur spécifique du risque suicidaire mais il facilite le passage à l'acte. Cette facilitation est d'autant plus importante que l'impulsivité est associée à l'anxiété ou à la dépression <sup>23</sup>.

Enfin par rapport à la présence d'idées suicidaires comme facteur de risque, il est important de souligner que 80 % des personnes qui font une TS ou se suicident expriment des idées suicidaires dans les mois précédents.

Si nous prenons l'exemple des adolescents, le risque de passage à l'acte est évalué à 1 % en l'absence d'idées suicidaires, à 14 % en cas d'idées occasionnelles et à 41 % en cas d'idées fréquentes.

Par contre, la sévérité des idées suicidaires n'est que faiblement corrélée au risque suicidaire ; c'est la notion de présence de ces idées qui impacte l'évaluation du risque<sup>23</sup>.

### **II.2.5.3. Les facteurs de risque secondaires**

Les facteurs de risque secondaires sont des facteurs observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge. Ils n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs de risque primaires.

Ces facteurs secondaires d'après la HAS sont :

- les pertes parentales précoces
- l'isolement social
- le chômage
- les difficultés financières et professionnelles
- les événements de vie négatifs.

En effet, les suicidants présentent 4 fois plus d'événements de vie négatifs dans les 6 derniers mois que la population générale et 1,5 fois plus que les sujets déprimés ne faisant pas de TS<sup>23</sup>.

Les événements de vie sont des changements extérieurs au sujet. De nombreux auteurs ont établi un lien temporel entre de tels événements de vie et les TS. Ce lien n'est pas une causalité directe mais place certains événements de vie comme des facteurs prédisposants et précipitants.

Pour les facteurs prédisposants, les plus étudiés sont les pertes précoces, la maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels et les abus physiques.

Pour les facteurs précipitants, nous retrouvons les conflits interpersonnels (violences, hostilité, déceptions) et les changements majeurs et soudains comme la perte d'emploi, la séparation d'un partenaire ou d'autres événements indésirables<sup>26</sup>. La HAS met en évidence plus particulièrement chez les adolescents les problèmes sentimentaux et les problèmes

disciplinaires avec la famille ou la justice. Ces problèmes engendrent chez les adolescents des sentiments d'injustice, de rejet, d'humiliation et des situations de tension chronique au sein de la famille <sup>23</sup>. D'autres événements de vie des adolescents ont été retrouvés comme facteurs augmentant le risque suicidaire comme les difficultés scolaires (l'absentéisme ou le faible niveau scolaire) signalées par Fergusson <sup>41</sup>.

#### **II.2.5.4. Les facteurs de risque tertiaires**

Les facteurs de risque tertiaires d'après la définition de la HAS ne peuvent pas être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs de risque suicidaire primaires et secondaires <sup>23</sup>.

Les principaux sont :

- sexe masculin
- âges extrêmes : sujets jeunes ou âgés
- certaines périodes de vulnérabilité comme la phase prémenstruelle chez la femme

D'autres facteurs de risque ne sont pas compris dans la classification de la HAS en 2000 mais sont relevés dans la littérature à de nombreuses reprises. Tout d'abord, il ne faut pas se limiter aux troubles psychiatriques car les pathologies somatiques sont également un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire <sup>26 37</sup>, et en particulier les maladies chroniques qui nécessitent des soins réguliers et une prise quotidienne de traitements. Ensuite, le statut culturel et socio-économique, semble également être un facteur particulièrement influent <sup>26</sup> : par exemple une étude de 2008 sur 17 pays a retrouvé que le fait d'être moins éduqué était un facteur de risque de présenter des comportements suicidaires <sup>40</sup>.

### **II.2.5.5. Les facteurs de protection du suicide**

L'évaluation du risque suicidaire ne peut pas être uniquement fondée sur les facteurs de risque. En effet, le risque suicidaire est un équilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection<sup>41</sup>. Ces facteurs modèrent les effets des facteurs de risque, ils diminuent ainsi le risque suicidaire.

Les facteurs de protection du suicide sont<sup>23</sup> :

- le support social. Nous pouvons citer pour exemple le fait de vivre en famille qui a été retrouvé comme facteur de protection dans une étude de 2006<sup>42</sup>.
- la prise en charge thérapeutique.

En conclusion, un dépistage précoce des patients en crise suicidaire et l'évaluation de leurs facteurs de risque et de protection, permet d'optimiser leur prise en charge rapide et de diminuer significativement le risque de suicide.

## **II.3. Risque suicidaire et estime de soi dans la littérature**

Dans la littérature, aucun lien de causalité entre faible estime de soi et risque suicidaire n'a été démontré mais des corrélations entre ces deux concepts ont été mises en évidence.

Les études évaluant les corrélations entre estime de soi et risque suicidaire sont plutôt des études de cohorte en population générale, incluant des sujets jeunes (environ 15-30 ans) et des étudiants. Ce choix peut s'argumenter par le fait que le suicide est la deuxième cause de décès pour les personnes âgées de 15 à 19 ans, comme nous l'avons vu précédemment.

Nous développerons, à travers quelques exemples, l'étude du lien entre risque suicidaire et estime de soi tout d'abord au sein d'une population d'âge jeune (majoritairement des étudiants), puis en population générale et enfin au sein d'une population de patients suivis en psychiatrie.

Ensuite, nous étudierons le lien entre le syndrome dépressif et la corrélation entre estime de soi et risque suicidaire.

### **II.3.1. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire au sein d'une population jeune et majoritairement étudiante**

Plusieurs études ont montré une corrélation entre estime de soi et le risque suicidaire alors que d'autres études l'ont modérée.

### **II.3.1.1 La faible estime de soi, l'un des facteurs de risque suicidaire au sein d'une population jeune**

Dans la littérature, plusieurs auteurs ont mis en évidence le fait que la faible estime de soi est un facteur de risque ou est associée aux comportements suicidaires chez les adolescents<sup>22 31 43 44 45</sup>.

Une étude chinoise de mars 2014<sup>22</sup>, réalisée sur 5249 étudiants, de l'école primaire jusqu'au lycée, a évalué les caractéristiques des étudiants ayant déjà eu des idées suicidaires à l'aide des caractéristiques démographiques et de plusieurs échelles : l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et une échelle de qualité de vie MSLSS-CV (*Multidimensional students' life satisfaction scale*). Elle a mis en évidence une association significative entre le risque de présenter des idées suicidaires et la faible estime de soi. Il existait également une corrélation entre le risque de présenter des idées suicidaires et le sexe féminin, la faible satisfaction au niveau familial, scolaire ou du cadre de vie.

Nous pouvons également citer une étude australienne de 2005<sup>31</sup> incluant 2603 étudiants avec 3 mesures successives (aux âges de 13, 14 puis 15 ans) qui montrait que l'estime de soi (évaluée par l'échelle de Rosenberg), le rendement scolaire perçus et le locus de contrôle sont significativement associés à des comportements suicidaires.

Dans une autre étude<sup>43</sup> en Corée du Sud incluant 1312 étudiants qui faisaient des études supérieures, il a été mis en évidence que les plus importants prédicteurs de l'idéation suicidaire étaient :

- Pour les hommes :

L'estime de soi, les antécédents de tentative de suicide, la dépression, l'hostilité, le tabagisme, l'abus d'alcool par les parents et la qualité de la communication avec des amis.

L'odds ratio entre l'estime de soi (évaluée par l'échelle de Rosenberg) et l'idéation suicidaire était de 0,88 (p=0,006).

- Pour les femmes :

L'estime de soi, la dépression, l'hostilité et l'orientation sexuelle.

L'odds ratio entre l'estime de soi et l'idéation suicidaire était de 0,85 ( $p < 0,001$ ).

Ces différences entre hommes et femmes suggéraient aux auteurs que la prise en compte du sexe était indispensable pour qu'un dépistage du risque suicidaire soit efficace et qu'un programme de prévention soit de qualité.

De même, McGee et Williams en 2000 ont constaté dans une étude longitudinale chez 1037 jeunes Néo-Zélandais que l'estime de soi était un facteur prédictif des idées suicidaires <sup>45</sup>.

Enfin, une étude canadienne de 2010 <sup>46</sup> a cherché à spécifier davantage l'association entre l'estime de soi et le risque suicidaire. En effet, l'étude réalisée à partir de 227 étudiants de premier cycle en psychologie d'une université canadienne ayant un âge médian de 21,4 ans a montré que la faible estime de soi était associée à la gravité du risque suicidaire et que cette association était linéaire. Les auteurs ont utilisé pour cela l'inventaire d'estime de soi CFSEI (Battle 1981) et 4 paliers pour évaluer la gravité du risque suicidaire : pulsions de mort, idées suicidaires, plans suicidaires et TS. Les auteurs ont remarqué que presque tous les individus d'un même niveau de comportement suicidaire étaient présents dans la cohorte de personnes d'un niveau moins grave (par exemple ceux qui avaient des plans suicidaires étaient aussi dans le groupe de ceux qui avaient une idéation suicidaire). Cela suggérait une progression possible à travers chacune des étapes du comportement suicidaire.

Les prémices des comportements suicidaires, comme les idées suicidaires, ne sont pas détectés facilement chez les étudiants comme dans le reste de la population à part, lorsqu'elles sont exprimées publiquement. Par contre la faible estime de soi semble être observable de façon plus manifeste et nous pouvons l'évaluer par des questionnaires qui ne sont pas vécus comme intrusifs. Ainsi nous pourrions repérer les étudiants qui ont une faible estime de soi comme à risque d'entrer dans le processus suicidaire et mettre en place un système de prévention rapide basée sur l'hypothèse que l'entrée dans le processus suicidaire peut être indiquée par une faible estime de soi.

### II.3.1.2 Corrélation modérée entre estime de soi et risque suicidaire

L'étude de Sharaf *et al.* en 2009 a montré que le soutien familial atténuait l'impact de l'estime de soi sur le risque suicidaire <sup>47</sup>. Il s'agit d'une étude réalisée sur 849 étudiants âgés de 14 à 21 ans du secondaire d'Amérique Centrale à haut risque de décrochage scolaire. L'estime de soi a été évaluée par l'échelle de Rosenberg et le soutien familial a été évalué par deux mesures : mesure quantitative du soutien fourni par la famille (parents et fratrie) et mesure qualitative de satisfaction de l'adolescent de ce soutien familial. Sharaf *et al.* ont ainsi retrouvé que l'influence de l'estime de soi sur le risque suicidaire est modérée par le soutien familial.

Par ailleurs, deux études ont montré que la corrélation entre estime de soi et risque suicidaire dépendait du sexe <sup>44 28</sup>.

La première est celle d'Hidaka *et al.* publiée en 2008 qui s'intéressait à 2095 japonais âgés de 15 à 24 ans <sup>28</sup>. Elle montrait, que pour les hommes, les antécédents de TS sont corrélés à une faible estime de soi (OR = 0,53 (IC 95% : 0,29–0,97)). Mais, pour les femmes, cette corrélation entre tentative de suicide et estime de soi n'a pas été retrouvée (OR = 1,12 (IC 95% = 0,75–1,67)).

Hidaka *et al.* ont retrouvé comme facteurs corrélés aux antécédents de tentative de suicide :

- Pour les hommes :  
**La faible estime de soi**, l'intimidation à l'école, le fait d'être homosexuel ou bisexuel, les antécédents de consommation de drogue, les rapports sexuels non désirés, un antécédent d'infection sexuellement transmissible.
- Pour les femmes :  
Un âge plus jeune (15-19 ans par rapport à 20-24 ans), l'intimidation à l'école, les antécédents de consommation de drogue et les antécédents de tabagisme.

La seconde étude <sup>44</sup> portait sur 805 étudiants (dont 367 filles) d'une ville turque de première année du secondaire, âgés de 13-18 ans. Les auteurs ont montré que les garçons présentaient des scores plus élevés d'estime de soi que les filles. Même si l'estime de soi est corrélée de façon significative chez les filles comme chez les garçons aux idées suicidaires, au risque



suicidaire et au score SPS (*Suicide Probability Scale*) de risque suicidaire, l'estime de soi était un facteur prédictif :

- Pour les hommes :  
Des idées suicidaires (coefficient  $B = -0,11$ ,  $p < 0,02$ ), des tentatives de suicide ( $B = -0,21$ ,  $p < 0,05$ ) et du score SPS de risque suicidaire ( $B = -0,27$ ,  $p < 0,0001$ ).
- Pour les femmes :  
Uniquement du score SPS de risque suicidaire ( $B = -0,17$ ,  $p < 0,0001$ ).

Les auteurs ont discuté cet impact différent de l'estime de soi sur le risque suicidaire par rapport aux différences culturelles entre les sexes en Turquie. En effet, ils ont évoqué le fait que les hommes sont plus autonomes et indépendant alors que les femmes jouent un rôle plus important au niveau de la sphère domestique. Ainsi, dans une telle matrice de valeur culturelle, la faible estime de soi ou des événements abaissant l'estime de soi chez les garçons sont plus susceptibles d'entraîner l'apparition d'idées suicidaires ou de TS.

Enfin, dans les travaux de De Man et Leduc en 1995, la suicidalité n'était pas corrélée à l'estime de soi après correction avec la dépression<sup>48</sup>. L'étude portait sur 246 étudiants canadiens du secondaire et les auteurs retrouvaient une corrélation entre les idées suicidaires et d'autres variables dont l'estime de soi (coefficient  $r = -0,44$ ,  $p < 0,001$ ) et la dépression (coefficient  $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ). Mais avec une corrélation partielle où l'effet de la dépression était annihilée, les auteurs ont montré une perte de la significativité de la corrélation entre les idées suicidaires et l'estime de soi (coefficient  $r = -0,07$ ,  $p > 0,05$ ).

Au final, la corrélation entre le risque suicidaire et la faible estime de soi peut être modulée par des facteurs comme le poids culturel, le soutien familial, la dépression et le sexe.

### **II.3.2. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire en population générale**

Chatard *et al.* en 2009 ont recherché cette corrélation au niveau national <sup>27</sup>, donc chez les personnes sans distinction d'âge et sans savoir s'ils présentaient des troubles psychiatriques ou pas.

Les auteurs se sont appuyés sur une enquête préexistante (étude ISDP) qui incluait 16 998 personnes dans 55 pays différents (avec les données de la HAS et de la GBD (Global Burden of Disease) qui donnent les estimations des taux globaux de suicide). Une des forces de cette étude est le large échantillon de personnes évaluées.

Chatard *et al.* ont retrouvé que le taux de suicide d'un pays était directement lié au niveau d'estime de soi de sa population. Dans les pays où les individus avaient une faible estime de soi, comme les pays d'Asie, le suicide était plus fréquent. Inversement, dans les pays où la population avait une haute estime d'elle-même, comme les Etats-Unis, le taux de suicide était plus faible.

Cette corrélation entre estime de soi au niveau national et risque suicidaire chez les hommes (coefficient B de l'analyse en multivarié = -0,3,  $p < 0,10$ ), les femmes (B = -0,54,  $p < 0,01$ ) ou la totalité de la population (B = -0,32,  $p < 0,05$ ), était toujours valide après contrôle de plusieurs facteurs pouvant être prédictifs de suicide.

Ces facteurs sont :

- Des facteurs structurels : Produit International Brut (PIB) des pays et transition de régime (pays ex-communistes comparés aux autres pays).
- Des facteurs culturels : individualisme et bien-être subjectif.
- Une variable individuelle : personnes présentant une névrose.

En 2012, Kumar *et al.* se sont intéressés à une population plus spécifique de métis au Canada, et montraient que l'estime de soi était corrélée aux idées suicidaires <sup>49</sup>.

Leur échantillon provient de deux bases de données : l'*Aboriginal Peoples Survey* (APS) de 2006, enquête nationale auprès des peuples autochtones, et le *Canadian Community Health*

*Survey* (CCHS) de 2005 qui est une enquête de santé canadienne. L'étude incluait finalement 61041 canadiens âgés de 20 à 59 ans, dont 11362 métis.

Ils retrouvaient, là aussi, que l'estime de soi était corrélée négativement avec les idées suicidaires chez les hommes métis avec un coefficient de -0,51 ( $p < 0,001$ ) et chez les femmes métis avec un coefficient de -0,148 ( $p < 0,001$ ).

### **II.3.3. Corrélation entre estime de soi et risque suicidaire chez des patients suivis en psychiatrie**

Des auteurs ont retrouvé cette corrélation plus spécifiquement chez des patients présentant des troubles psychiatriques <sup>50 51 52</sup>.

Tout d'abord, une étude de 2004 réalisée sur 116 patients déprimés hospitalisés dans une unité libre de psychiatrie en Géorgie a mis en évidence que les antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide diminuaient l'estime de soi et augmentaient le risque suicidaire <sup>51</sup>.

Pour cela trois groupes ayant rempli les échelles d'évaluation d'estime de soi et de risque suicidaire ont été comparés en fonction de leurs antécédents :

- Groupe 1 : pas d'antécédents d'idées suicidaires ou de TS.
- Groupe 2 : antécédents d'idées suicidaires mais pas d'antécédents de TS.
- Groupe 3 : antécédents d'idées suicidaires et d'au moins une TS.

Les auteurs ont montré que les patients du groupe 3 avaient un risque suicidaire significativement plus élevé et une estime de soi plus faible que les patients des groupes 2 et 1.

Ils ont conclu que l'estime de soi pouvait être un domaine d'intervention thérapeutique qui pourrait être utilisé par des professionnels de la santé pour diminuer le risque suicidaire chez des patients déprimés.

Ensuite, chez les adolescents suivis en psychiatrie une corrélation entre l'estime de soi et le risque suicidaire a pu être mise en évidence.

C'est le cas dans une étude de Becker et al en 2007 sur 487 adolescents âgés de 12 à 19 ans hospitalisés en psychiatrie au Canada <sup>52</sup>.

Les auteurs ont montré que l'estime de soi était corrélée négativement au risque suicidaire avec un coefficient  $r=-0,72$  ( $p<0,01$ ). Les autres facteurs prédictifs retrouvés étaient : le sexe, l'âge, le désespoir, la dépression, l'impulsivité, l'abus d'alcool, l'abus de drogues, et le risque de violence.

Enfin, Bhar *et al.* en 2008 ont étudié une population de 338 patients ambulatoires (54% de femmes et moyenne d'âge de 36,3 ans) suivis dans un centre psychiatrique de thérapie cognitive en Pennsylvanie <sup>50</sup>.

La particularité de cette étude était d'avoir étudié deux dimensions de l'estime de soi : l'estime de soi que l'on perçoit (auto-estime de soi) et ce qu'on pense que les autres perçoivent de nous (estime de soi extérieure). Pour cela les auteurs ont utilisé les deux échelles de Beck : l'échelle de dépression, la BDI (*Beck Depression Inventory*) et l'échelle de désespoir, la BHS (*Beck Hopelessness Scale*).

La dépression et le désespoir étant des facteurs de prédisposition à présenter des idées suicidaires, les auteurs ont voulu étudier la corrélation entre estime de soi et idées suicidaires après contrôle de l'humeur dépressive et de l'échelle de désespoir.

Ils ont retrouvé que chaque dimension de l'estime de soi était négativement associée à des idées suicidaires après contrôle par la dépression et par le désespoir.

Bahr *et al.* ont ensuite examiné l'association entre chaque dimension de l'estime de soi et les idées suicidaires tout en contrôlant par l'autre dimension de l'estime de soi, la dépression et le désespoir. Ils ont retrouvé que l'estime de soi extérieure était le facteur prédictif le plus important des idées suicidaires. En effet, seule cette dimension de l'estime de soi a montré une association proche de la significativité avec les idées suicidaires.

### **II.3.4. Corrélacion entre estime de soi et risque suicidaire, un lien avec le syndrome dépressif ?**

Des liens importants de causalité existent entre l'estime de soi et la dépression. Nous pouvons à la fois penser que la faible estime de soi peut constituer un facteur de risque de dépression et à la fois que la faible estime de soi est une conséquence et non une cause de la dépression. Cependant il a été montré récemment que c'est la faible estime de soi qui cause la dépression et non l'inverse<sup>53</sup>. L'estime de soi semble également être un facteur plus primaire du risque suicidaire que la dépression.

Ainsi quelques auteurs ont corrigé la corrélation entre estime de soi et risque suicidaire avec la dépression qui peut médier cette corrélation. Alors que certains ont montré que l'estime de soi restait corrélée au risque suicidaire après correction par la dépression<sup>50 54 55</sup> d'autres n'ont pas retrouvé ce résultat<sup>48 56</sup>.

#### **II.3.4.1. Estime de soi non corrélée au risque suicidaire après correction avec la dépression**

Tout d'abord comme nous l'avons vu précédemment, De Man *et al.*, en 1995, ont montré que la corrélation entre les idées suicidaires et l'estime de soi perdait sa significativité après que l'effet de la dépression est annihilé : coefficient  $r=-0,07$ ,  $p>0,05$ <sup>48</sup>.

Ensuite, en 1999 Kingsbury *et al.* en Angleterre ont comparé l'estime de soi de 3 groupes d'adolescents<sup>56</sup> :

- 33 adolescents après une TS par intoxication médicamenteuse volontaire.
- 30 adolescents contrôles suivis en psychiatrie qui n'avaient jamais fait de TS.
- 30 adolescents contrôles recruté au sein d'un collègue.

L'estime de soi était significativement différente entre les 3 groupes mais cette différence disparaissait après un ajustement par la dépression (mesurée par la BDI).

### **II.3.4.2. Estime de soi corrélée au risque suicidaire quelle que soit l'humeur du patient, déprimé ou non**

A l'inverse des études précédentes, d'autres articles plus récents ont retrouvé des résultats opposés.

Une étude japonaise de 2014 <sup>57</sup> a montré l'importance de l'évaluation de l'estime de soi dans le risque suicidaire quelle que soit l'intensité du syndrome dépressif.

Elle incluait 30 étudiants, de 18 à 28 ans, souffrant d'un épisode dépressif majeur et a recherché les liens entre estime de soi, syndrome dépressif et risque suicidaire. Les auteurs ont retrouvé que le score d'estime de soi (auto-questionnaire de Rosenberg) d'un groupe à risque suicidaire était significativement plus faible que celui du groupe sans risque suicidaire. Au contraire, les scores de dépression (BDI et BHS) ne différaient pas significativement entre les deux groupes. Ainsi l'estime de soi semblait jouer un rôle important dans le risque de suicide chez les jeunes adultes avec un épisode dépressif majeur quelle que soit l'intensité de l'épisode.

D'autres auteurs ont quant à eux suggéré que l'estime de soi était négativement corrélée au risque suicidaire après prise en compte du facteur dépression <sup>50 54 55</sup> :

- Man *et al.* en 2002 ont établi que, sur 131 étudiants californiens, l'idéation suicidaire était liée de façon significative au niveau d'estime de soi après contrôle de l'effet possible de la dépression <sup>55</sup> : coefficient = -0,20,  $p < 0,05$ .
- Bhar *et al.* en 2008, ont mis en évidence que chaque dimension de l'estime de soi était négativement associée à des idées suicidaires après contrôle par la dépression et le désespoir <sup>50</sup>.
- Jang *et al.* en 2014 dans une étude transversale sur 2964 adultes en Corée, ont montré que la colère et l'estime de soi étaient significativement associées à l'idéation suicidaire indépendamment de l'âge et après contrôle par la dépression <sup>54</sup>. Le coefficient de corrélation entre l'estime de soi et l'idéation suicidaire tout âge confondu après correction par la dépression était  $\beta = -0,199$ ,  $p < 0,001$ .

## II.4. Introduction aux études

De notre revue de la littérature, nous retenons que la faible estime de soi a souvent été proposée comme facteur prédictif d'un des éléments du processus de suicide<sup>10 27 45</sup> ou au moins corrélée avec les idées suicidaires<sup>22 31 43 49 50</sup>.

En outre, les travaux mettent en lumière l'importance des déterminants socio-éducatifs, et familiaux qui sont susceptibles de moduler le risque suicidaire chez les adolescents, qui doivent être pris en compte dans l'évaluation de cette population.

Ainsi, nous proposons une étude pour analyser l'existence d'une corrélation entre la faible estime de soi et le risque suicidaire, en recherchant plus spécifiquement les liens avec les différentes parts de l'estime de soi : l'estime de soi totale, générale, familiale, professionnelle et sociale. En effet, cela permettrait de préciser sur quelle part de l'estime de soi nous devrions travailler pour aider le patient à sortir de la crise suicidaire, à la fois en impliquant les protagonistes en question (amis, famille, collègues de travail...), en prenant en considération les situations socio-professionnelles délicates (recherche d'emploi, conflits...) et en proposant un travail psychothérapeutique plus orienté vers une part de l'estime de soi.

Nous avons également pu observer dans les études que certains auteurs ont émis des réserves sur la corrélation entre estime de soi et risque suicidaire. Ils montraient qu'elle pouvait être modulée par des facteurs comme le soutien familial, le poids culturel ou encore le sexe des individus. Cependant, les réserves des auteurs sur cette corrélation étaient surtout si on la corrigeait en tenant compte de la dépression. Effectivement, des liens importants de causalité allant dans les deux sens existent entre l'estime de soi et la dépression. Mais une distinction est à prendre en compte, car ces deux paramètres peuvent également se détacher et ne pas aller dans le même sens sachant que l'estime de soi est une auto-évaluation subjective faite par le sujet lui-même alors que la dépression est une description de l'humeur qui peut être objectivée par un clinicien.

Ainsi, nous étudierons les différentes corrélations de l'estime de soi et du risque suicidaire en prenant en compte la dépression, afin de s'affranchir des effets propres de la dépression sur ces deux paramètres.

Nous présenterons successivement deux études afin de vérifier les hypothèses suivantes :

- L'estime de soi est corrélée négativement à l'intentionnalité suicidaire et plus particulièrement à une ou plusieurs parts de l'estime de soi (totale, générale, familiale, professionnelle et sociale), que le patient soit déprimé ou non et quelle que soit la gravité du syndrome dépressif.
- La faible estime de soi est un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire.



# III. Analyse de corrélations transversales entre estime de soi et intentionnalité suicidaire

## III.1. Matériel et méthode

### III.1.1. Objectifs

#### III.1.1.1. Objectif principal

Évaluer s'il existe une corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi. La particularité de cette étude est d'identifier les corrélations entre l'intentionnalité suicidaire évaluée par l'échelle SIS Beck et, de façon plus spécifique que dans les autres études, les différentes sous-échelles de l'estime de soi (totale, générale, familiale, professionnelle et sociale) par l'intermédiaire de la SEI.

#### III.1.1.2. Objectifs secondaires

Vérifier la validité de la corrélation mise en évidence pour répondre à l'objectif principal après correction par une échelle évaluant le syndrome dépressif. En effet un lien important existe entre l'estime de soi et le syndrome dépressif comme nous l'avons vu précédemment, d'où l'importance de savoir si le syndrome dépressif peut être un facteur de confusion.

Évaluer s'il existe une corrélation entre l'estime de soi et l'inventaire des attitudes pour faire face au stress. Par cet intermédiaire, nous recherchons la pertinence de l'application de la technique de résolution des problèmes (*conflict resolving*) qui fait partie des stratégies psychothérapeutiques des thérapies cognitivo-comportementales notamment utilisées chez les patients en crise suicidaire.

## **III.1.2. Population**

### **III.1.2.1. Critères d'inclusion**

Dans cette étude, nous nous sommes appuyés sur une base de données appartenant au service de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Cette base de données concerne l'ensemble des patients hospitalisés de 2008 à 2010 au Service d'Accueil des patients Suicidants (SAS), l'une des unités du service.

Selon les critères d'admission de cette unité, il s'agit de patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois qui sont en situation de crise suicidaire avec d'autres diagnostics psychiatriques associés possibles (dépression, troubles anxieux, trouble de la personnalité ou autre). Comme nous l'avons définie précédemment, la crise suicidaire est définie comme une crise psychique qui est un état temporaire et réversible dont le spectre va d'un sentiment péjoratif d'être en situation d'échec au passage à l'acte suicidaire.

Nous voulions évaluer dans cette étude l'intentionnalité suicidaire du geste, nous avons donc uniquement inclus les patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide (TS). Nous définissons la TS comme un acte non fatal par lequel un individu réalise un geste dans le but de trouver la mort. Cela peut être par exemple par une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), une mutilation ou tout autre geste potentiellement mortel.

### **III.1.2.2. Critères d'exclusion**

Nous avons exclu de l'étude :

- Les patients n'ayant pas fait de TS.
- Les patients n'ayant pas répondu à l'une des échelles suivantes : l'échelle d'intentionnalité suicidaire (*Suicide Intentionality Scale* ou SIS) de Beck, l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith SEI (*Self esteem Inventory*) et l'échelle d'évaluation de l'intensité de la dépression, Hamilton 17-items (HDRS 17).
- Les patients ayant un score à la partie « mensonge » de l'estime de soi  $> 5$ , c'est-à-dire un score qui indique la non validité de l'ensemble de l'échelle d'estime de soi.

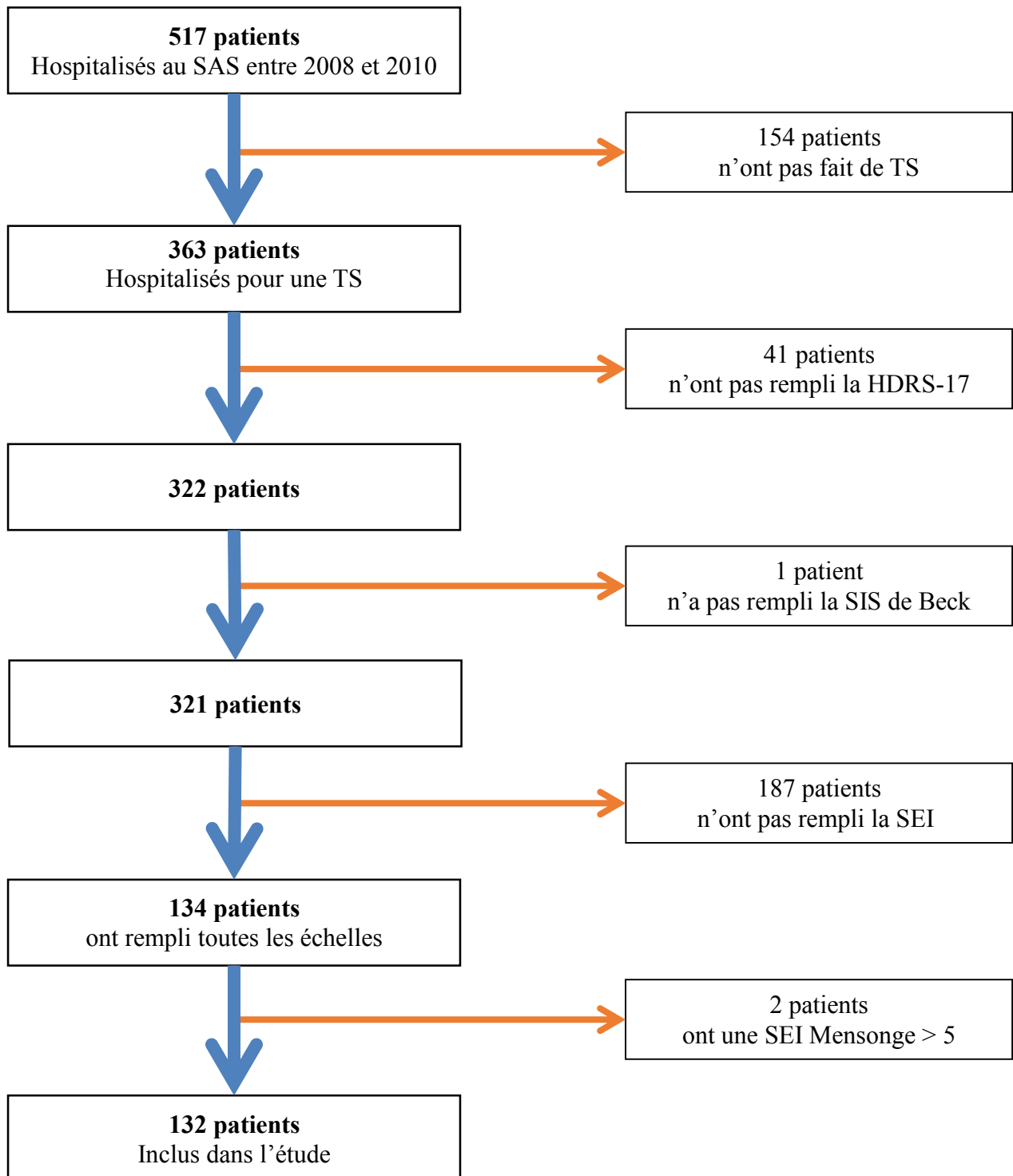
### III.1.3. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale sur une période de 3 ans, de janvier 2008 à décembre 2010.

Comme nous pouvons le voir dans le flow chart (**Figure 2**), sur un ensemble de 517 patients hospitalisés au SAS entre 2008 et 2010 et faisant ainsi partie de la base de données, 385 patients ont été exclus de l'étude. La majorité de ces patients ont été exclus car ils avaient été hospitalisés pour une crise suicidaire mais n'avaient pas fait de tentative de suicide (154 patients) ou car le questionnaire de l'estime de soi ne leur avait pas été soumis (187 patients).

Pour 2 patients les résultats de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi n'étaient pas valides car le score obtenu à la SEI Mensonge était supérieur à 5. Ils ont ainsi été exclus de l'étude. Au final, 132 patients ont été inclus.

**Figure 2 : Flow Chart inclusion des patients de l'étude transversale**



### III.1.4. Outils d'évaluation

Les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents des patients ont été relevés par les soignants prenant en charge le patient pendant leur hospitalisation. Les diagnostics ont été posés par le médecin du patient selon l'axe I du DSM-IV TR c'est-à-dire les troubles majeurs cliniques : trouble de l'adaptation, épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux, schizophrénie, trouble du comportement alimentaire ou autre. Toutes les données ont été rapportées dans un fichier Excel qui représente notre base de données pour l'étude.

Pendant leur hospitalisation, les patients avaient complété plusieurs échelles dont les résultats étaient entrés dans la base de données. Parmi ces échelles, nous avons utilisé pour répondre à notre objectif principal, l'échelle d'intentionnalité suicidaire SIS de Beck, l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith SEI et l'échelle d'évaluation de l'intensité de la dépression HDRS 17.

Pour répondre à l'un de nos objectifs secondaires nous avons également utilisé la CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*), l'inventaire des attitudes pour faire face aux problèmes importants qui déclenchent alors un stress.

La SIS de Beck<sup>58</sup> est un hétéro-questionnaire d'intentionnalité suicidaire (**Annexe 1**). Il évalue :

- Les circonstances objectives liées à la tentative de suicide : isolement, moment choisi, précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui, appel à l'aide pendant ou après la tentative, dispositions anticipant la mort (testament, cadeaux aux proches, assurance vie, lettre d'adieu).
- Les propos rapportés par le patient : appréciation de la létalité du geste par le patient, intention de mort, préméditation, position actuelle vis-à-vis de la tentative.
- La dangerosité : issue prévisible selon le patient dans les circonstances du scénario choisi, évaluation de la survenue de la mort ou pas en l'absence d'intervention médicale.

L'intentionnalité est jugée faible pour un score entre 0 et 3, moyenne entre 4 et 10 et forte entre 11 et 25.

La SEI de Coopersmith (Annexe 2) <sup>2</sup> est une auto-évaluation de l'estime de soi. C'est une échelle qui comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel où la personne répond par « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Il en existe deux formes, la scolaire pour les enfants et la professionnelle pour les adultes.

La SEI est subdivisée en 5 sous-échelles qui sont fortement corrélées entre elles et couvrant différentes parts de l'estime de soi :

- Générale/ Personnelle : 26 items
- Sociale : 8 items
- Familiale : 8 items
- Professionnelle/scolaire : 8 items
- Mensonge : 8 items

A chaque item, 1 point peut être donné. La note totale s'obtient en additionnant les notes des sous-échelles générale, sociale, familiale et professionnelle. Le score de la SEI totale est ainsi de maximum 50 points.

L'estime de soi « générale » est également nommée estime de soi « personnelle ». Coopersmith la définit comme l'estime de soi portant sur la personne elle-même. Les questions de l'échelle SEI de Coopersmith se rapportent ainsi à : l'apparence physique, la prise de décision, le fait de donner son opinion, l'adaptation aux nouveautés, l'opinion générale sur soi-même et la capacité à se débrouiller seul.

Cette échelle d'estime de soi a été étalonnée en 5 classes basées sur les centiles (**Annexe 3**). Comme le souligne Coopersmith cet étalonnage est à utiliser avec précaution pour des raisons propres à la variable mesurée. Effectivement, l'étalonnage est issu d'une population générale en situation de recrutement, ce qui n'est pas sans influencer l'image que l'on veut donner de soi. Il est ainsi recommandé de prendre un score à la SEI totale de 33 comme indice fiable : une note de 33 ou moins est estimée comme une estime de soi très basse.

L'interprétation du score de l'estime de soi Totale doit être modulée selon le résultat obtenu à l'échelle de Mensonge. En effet un score élevé à cette sous-échelle peut être expliqué par une attitude défensive du sujet vis-à-vis du test ou un désir de donner une bonne image de soi. Nous avons décidé ici qu'un score à la SEI mensonge strictement supérieur à 5 ne nous permettait pas d'interpréter l'ensemble des résultats de la SEI et nous avons exclu ces patients de l'étude.

L'échelle d'Hamilton-17 items est un hétéro-questionnaire datant de 1967 qui évalue l'intensité de l'épisode dépressif actuel <sup>59</sup> (**Annexe 4**). C'est le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Les symptômes mesurés sont les suivants :

- l'humeur dépressive
- les idées de culpabilité
- les idées suicidaires ou les tentatives de suicide
- l'insomnie à 3 moments différents : du début de nuit, matinale et du milieu de nuit
- la difficulté à travailler, à faire des activités et la perte d'intérêt
- le ralentissement psycho-moteur
- l'agitation
- l'anxiété psychique et somatique
- les symptômes somatiques gastro-intestinaux et généraux
- les symptômes hypochondriaques
- la perte de poids
- la diminution de l'insight c'est-à-dire de la conscience des troubles
- les troubles de la libido

Cette échelle est valable à tout âge : plus la note est élevée, plus la dépression est grave. Ainsi un score entre 0 et 7 correspond à une absence de syndrome dépressif, un score entre 8 et 13 à une dépression légère, un score entre 14 et 18 à une dépression modérée, un score entre 19 et 22 à une dépression sévère et un score supérieur ou égal à 23 à une dépression très sévère.

L'inventaire CISS (**Annexe 5**) est un auto-questionnaire qui décrit vers quelles solutions se tourne un patient en réaction immédiate devant un stress. Dans cette échelle il existe 5 solutions possibles et chacune est exprimée en pourcentage du total :

- L'orientation vers la tâche : tendance à s'orienter vers la recherche d'une solution raisonnée.
- Le débordement émotionnel : tendance à réagir avec débordement émotionnel laissant peu de place aux tendances raisonnées qui se trouvent donc inhibées.
- L'évitement : tendance à éviter. Cette tendance bloque la réflexion et les réactions émotionnelles éventuellement adaptées.
- La distraction : tendance à se tourner vers une distraction.

- La diversion sociale : tendance à rechercher une diversion sociale.

### **III.1.5. Analyses statistiques**

Nous avons fait un recueil de données avec le logiciel Excel.

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS-20.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Dans un premier temps, nous avons utilisé les corrélations de Pearson bivariées afin de répondre à l'objectif principal : les différents facteurs étant les résultats aux échelles HDRS 17, SIS de Beck et aux différentes sous-échelles de la SEI. Dans un second temps, nous avons utilisé les corrélations partielles de Pearson en corrigeant les corrélations par l'intensité de la dépression donc avec l'échelle HDRS 17.

Le seuil de significativité pour les corrélations correspondait à un  $p < 0,05$ .



## III.2. Résultats

### III.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Au final, 132 patients ont été inclus dans cette étude.

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients sont rapportées dans le **Tableau 2**.

D'un point de vue sociodémographique, les patients étaient majoritairement de sexe féminin à 84,1% et leur âge moyen était relativement faible (31,8 ans avec un écart type de 13,3). Nous avons plutôt des patients qui sont célibataires à 62,9% pour 28,8% qui sont en couple ou mariés et seulement 28,8% ont un ou plusieurs enfants. Au niveau professionnel, 40 patients sont en formation (30,3%) et 73 patients sont en activité (55,3%).

D'un point de vue clinique, beaucoup de nos patients avaient déjà fait une ou plusieurs TS avant celle qui a conduit à leur hospitalisation que nous avons pris en compte ici : 56 patients soit 42,4% de l'ensemble des patients inclus.

27 patients avaient déjà été hospitalisés auparavant (20,4%).

Le diagnostic posé pendant l'hospitalisation, dont la durée moyenne était de 18,2 jours (écart type 10,1 jours), était principalement un trouble thymique (68,9%) et plus particulièrement un syndrome dépressif pour 85 patients soit 64,4% des patients de l'étude.

Enfin en analysant les moyennes des échelles qui nous ont intéressées dans notre étude nous avons mis en évidence que les patients avaient :

- une très faible estime de soi puisque la moyenne de la SEI Totale est de 24,6 (écart-type ET 8,6). En effet, comme nous l'avons vu plus haut, une note de 33 ou moins est estimée comme une estime de soi très basse.

- un syndrome dépressif d'intensité moyenne à sévère car le score moyen de la HDRS-17 était de 17,2 (ET 6,0). Effectivement, un score de 17,2 correspond à la fourchette haute des scores de dépression modérée et la grande majorité des patients avaient un score de dépression modérée ou sévère à la HDRS-17.
- une intentionnalité suicidaire plutôt forte mais avec un panel assez large d'intentionnalité faible à forte (SIS de Beck moyen = 11,8 avec un écart-type à 4,8).

**Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients de l'étude transversale**

<b>Caractéristiques de la population</b>	<b>Pourcentage (N)</b>	<b>Moyenne (ET)</b>
<b>Genre</b>		
Femme	84,1 (111)	
<b>Age</b>		31,8 (13,3)
<b>Niveau d'étude</b>		
BEPC/CAP	23,5 (31)	
bac	22,7 (30)	
BTS/DUT	11,4 (15)	
diplôme supérieur	36,4 (48)	
<b>Statut professionnel</b>		
en activité	55,3 (73)	
étudiant	30,3 (40)	
chômage	9,8 (13)	
retraité	1,5 (2)	
<b>Statut familial</b>		
célibataire	62,9 (83)	
en couple/marié(e)	28,8 (38)	
séparé(e)/divorcé(e)	7,6 (10)	
veuf(ve)	0,8 (1)	
<b>Enfant(s)</b>		
oui	28,8 (38)	
non	71,2 (94)	
<b>Antécédents de la population</b>		
<b>TS antérieures</b>	42,4 (56)	
<b>Hospitalisations antérieures</b>	20,4 (27)	
<b>Caractéristiques cliniques</b>		
<b>Durée de l'hospitalisation (jours)</b>		18,2 (10,1)
<b>Diagnostic clinique</b>		
épisode dépressif	64,4 (85)	
épisode E trouble bipolaire	4,5 (6)	
épisode thymique	68,9 (91)	
trouble de l'adaptation	28,0 (37)	
trouble anxieux	0,8 (1)	
<b>Echelles cliniques</b>		
<b>SIS de Beck (intentionnalité suicidaire)</b>		11,8 (4,8)
<b>HDRS-17 (dépression)</b>		17,2 (6,0)
<b>SEI (estime de soi)</b>		
SEI totale (T)		24,6 (8,6)
SEI générale (G)		10,7 (4,8)
SEI familiale (F)		3,8 (2,1)
SEI professionnelle (P)		4,7 (2,0)
SEI sociale (S)		5,3 (2,1)

### III.2.2. Corrélations entre l'intentionnalité suicidaire, l'estime de soi et le syndrome dépressif

L'analyse des corrélations de Pearson entre les trois échelles, la HDRS-17, La SIS de Beck et la SEI de Coopersmith avec ses 5 sous parties, nous ont permis de répondre à l'objectif principal de l'étude dont les résultats sont reportés dans le **Tableau 3**.

En effet, nous avons mis en évidence que l'intentionnalité suicidaire était corrélée négativement avec l'estime de soi Totale avec un coefficient de -0,227 ( $p=0,009$ ).

Lorsque nous avons regardé de façon plus spécifique avec quelle part de l'estime de soi l'intentionnalité suicidaire était corrélée, nous avons remarqué qu'elle l'était avec l'estime de soi sociale avec un coefficient de -0,331 ( $p<0,001$ ) et avec l'estime de soi familiale avec un coefficient de -0,260 ( $p=0,003$ ). La corrélation la plus forte était ainsi avec l'estime de soi sociale. Par contre, l'intentionnalité suicidaire n'était corrélée ni à l'estime de soi générale ni à l'estime de soi professionnelle.

En ce qui concerne l'intensité du syndrome dépressif, il était corrélé positivement avec l'intentionnalité suicidaire avec un coefficient de 0,343 ( $p<0,001$ ).

**Tableau 3 : Corrélations entre l'intentionnalité suicidaire (échelle SIS de Beck) d'une part et l'intensité du syndrome dépressif (HDRS-17) et l'estime de soi (SEI) d'autre part**

Echelles d'évaluation	N	coefficient de corrélation	
		avec la SIS de Beck	significativité bilatérale
<b>HDRS-17</b>	<b>132</b>	<b>0,343</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>SEI Totale</b>	<b>132</b>	<b>-0,227</b>	<b>0,009</b>
SEI Générale	132	-0,114	0,194
<b>SEI Familiale</b>	<b>132</b>	<b>-0,26</b>	<b>0,003</b>
SEI Professionnelle	132	-0,039	0,658
<b>SEI Sociale</b>	<b>132</b>	<b>-0,331</b>	<b>&lt;0,001</b>

### III.2.3. Corrélations entre intentionnalité suicidaire et estime de soi indépendamment du syndrome dépressif

Dans un second temps, pour répondre à l'un des objectifs secondaires de l'étude, nous avons étudié les corrélations partielles entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi en prenant comme facteur de correction l'échelle d'évaluation du syndrome dépressif. Les résultats sont reportés dans le **Tableau 4**.

Nous avons constaté qu'après correction par la dépression, les corrélations entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi Totale (coefficient de -0,181 avec  $p=0,038$ ), l'estime de soi Sociale (coefficient de -0,282 avec  $p=0,001$ ) et l'estime de soi Familiale (coefficient de -0,237 avec  $p=0,006$ ) restaient valides et significatives.

**Tableau 4 : Corrélations partielles, entre l'intentionnalité suicidaire (SIS de Beck) et l'estime de soi (SEI), contrôlant l'effet de l'intensité de la dépression (HDRS-17)**

Echelles d'évaluation	coefficient de corrélation		
	avec la SIS de Beck	significativité bilatérale	ddl
<b>SEI Totale</b>	<b>-0,181</b>	<b>0,038</b>	<b>129</b>
SEI Générale	-0,071	0,423	129
<b>SEI Familiale</b>	<b>-0,237</b>	<b>0,006</b>	<b>129</b>
SEI Professionnelle	-0,029	0,742	129
<b>SEI Sociale</b>	<b>-0,282</b>	<b>0,001</b>	<b>129</b>

Nous avons étayé ces résultats par des calculs de taille d'effet des différentes corrélations entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire, que nous avons reportés dans le **Tableau 5**. Nous avons constaté que c'était la corrélation entre l'estime de soi sociale et l'intentionnalité suicidaire qui avait la plus forte taille d'effet : 11% sans facteur de correction et 8% lorsque la corrélation était corrigée par l'échelle de dépression HDRS-17.

**Tableau 5 : Taille d'effet des différentes corrélations entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi (SEI) sans facteur de correction et corrigées par la dépression (HDRS-17)**

	corrélations sans facteur de correction	corrélations corrigées par HDRS-17
	taille d'effet $r^2$	taille d'effet $r^2$
SEI Totale	0,052	0,033
SEI Générale	0,013	0,005
SEI Familiale	0,068	0,056
SEI Professionnelle	0,002	0,001
SEI Sociale	0,11	0,08

### **III.2.4. Corrélations entre l'estime de soi et l'inventaire des attitudes pour faire face au stress**

Au final, 112 patients de notre étude avaient répondu à l'inventaire CISS au cours de leur hospitalisation.

Les corrélations entre les différentes solutions vers lesquelles le patient se tourne lorsqu'il est confronté à un stress important (orientation vers la tâche, débordement émotionnel, évitement, distraction et diversion sociale) et les différentes parts de l'estime de soi sont reportées dans le **Tableau 6**.

**Tableau 6 : Corrélations entre l’inventaire des attitudes pour faire face au stress (CISS) et l’intentionnalité suicidaire (SIS) d’une part et l’estime de soi (SEI Totale, Familiale et Sociale) de l’autre.**

	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>N</b>
<b>Corrélation avec SIS</b>			
CISS tâche	-0,061	0,525	112
CISS émotion	-0,004	0,970	112
CISS évitement	0,068	0,477	112
CISS distraction	0,173	0,067	112
CISS diversion sociale	-0,08	0,400	112
<b>Corrélation avec SEI T</b>			
CISS tâche	0,431	<b>&lt;0,001</b>	112
<b>CISS émotion</b>	-0,28	<b>0,003</b>	112
<b>CISS évitement</b>	0,273	<b>0,004</b>	112
<b>CISS distraction</b>	0,206	<b>0,030</b>	112
<b>CISS diversion sociale</b>	0,268	<b>0,004</b>	112
<b>Corrélation avec SEI F</b>			
CISS tâche	0,153	0,108	112
CISS émotion	-0,095	0,321	112
CISS évitement	0,175	0,065	112
CISS distraction	0,118	0,216	112
<b>CISS diversion sociale</b>	0,191	<b>0,044</b>	112
<b>Corrélation avec SEI S</b>			
<b>CISS tâche</b>	0,193	<b>0,041</b>	112
CISS émotion	-0,088	0,354	112
<b>CISS évitement</b>	0,314	<b>0,001</b>	112
<b>CISS distraction</b>	0,242	<b>0,010</b>	112
<b>CISS diversion sociale</b>	0,331	<b>&lt;0,001</b>	112

Nous avons mis en évidence que l'échelle CISS n'était pas corrélée à l'intentionnalité suicidaire (échelle SIS de Beck).

Par contre les 5 solutions de la CISS vers lesquelles le patient peut se tourner devant un stress étaient corrélées avec l'estime de soi totale (SEI T). L'estime de soi totale était le plus corrélée positivement avec la solution d'orientation vers la tâche ( $r=0,431$ ,  $p<0,001$ ).

En ce qui concerne l'estime de soi familiale (SEI F), elle était corrélée uniquement avec la solution par la diversion sociale de la CISS avec un coefficient de  $0,191$  ( $p=0,044$ ). Pour l'estime de soi sociale, elle était corrélée à la solution par l'orientation vers la tâche (coefficient  $r=0,193$ ,  $p=0,041$ ), par l'évitement ( $r=0,314$ ,  $p=0,001$ ), par la distraction ( $r=0,242$ ,  $p=0,01$ ) et par la diversion sociale ( $r=0,331$ ,  $p<0,01$ ).



# **IV. Estime de soi et prédiction de l'intentionnalité suicidaire à 1 mois**

## **IV.1. Matériel et méthode**

### **IV.1.1. Objectif**

Evaluer si les patients qui ont une plus faible estime de soi totale présentent davantage d'idées suicidaires ou font une TS à un mois de leur sortie d'hospitalisation. En d'autres termes il s'agit d'évaluer si l'estime de soi peut être considérée comme un facteur prédictif du risque suicidaire.

En effet, dans la première étude nous avons recherché les corrélations entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi de manière transversale et ainsi nous ne pouvions pas mettre en évidence une prédictivité, alors que c'est ce qui nous intéresse en pratique clinique.

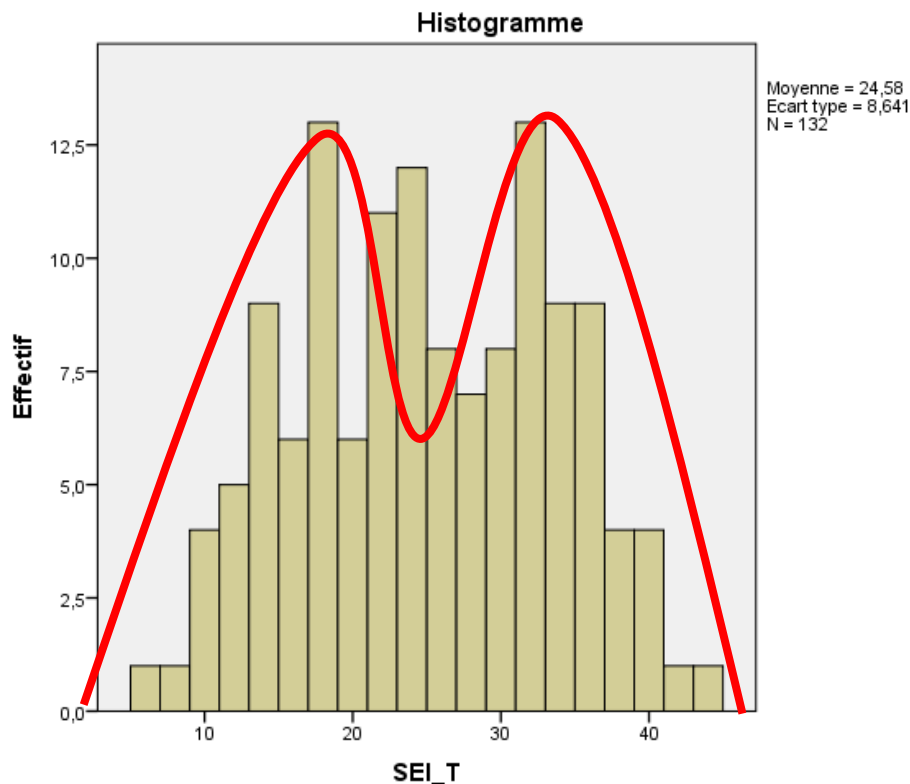
### **IV.1.2. Design de l'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective dont le recrutement a porté sur une période de 2 ans, de janvier 2013 à décembre 2014.

Afin d'augmenter les chances de repérer les facteurs impliqués dans la prédictivité du risque suicidaire, nous avons fait le choix de centrer cet effort de recrutement sur deux groupes à fort contraste d'estime de soi à l'inclusion, lors de leur hospitalisation et de les comparer à un mois de leur sortie où nous avons peu de perdus de vue. En effet dans l'étude transversale à un mois nous avons constaté qu'il y avait 25% de perdus de vue.

Pour cela nous avons étudié la distribution de l'estime de soi Totale (score à la SEI Totale) des patients dans la première étude (**Figure 3**). Nous constatons alors qu'il s'agissait d'une distribution d'apparence bimodale.

**Figure 3 : Distribution du score de la SEI Totale des 132 patients de la 1<sup>ère</sup> étude**



Nous nous sommes concentrés sur les patients qui présentent un score d'estime de soi correspondant à un écart type au-dessus ou en dessous de la moyenne. Le score moyen de la SEI Totale était de 24,6 et l'écart type était de 8,6. Ces patients représentaient ceux qui avaient un score d'estime de soi au-dessus ou en dessous de chacun des pics de la courbe de distribution.

Nous avons donc inclus deux groupes d'au minimum 20 personnes de la façon suivante :

- 1<sup>er</sup> groupe : patients ayant une « **très faible estime de soi** » c'est-à-dire un score au SEI Total  $\leq 16$ , soit un écart-type en dessous de la moyenne.
- 2<sup>ème</sup> groupe : patients ayant une « **estime de soi plus élevée** » c'est-à-dire un score au SEI Total  $\geq 33$ , soit un écart-type au-dessus de la moyenne.

En procédant ainsi nous augmentons la probabilité de repérer des résultats pertinents malgré un effectif relativement faible de patients dans chaque groupe.

### **IV.1.3. Population**

#### **IV.1.3.1. Critères d'inclusion**

Pour cette étude, nous avons inclus comme dans l'étude précédente des patients hospitalisés au SAS à la CMME.

Il s'agissait de patients, hommes et femmes âgés de plus de 15 ans et 3 mois en situation de crise suicidaire. A la différence de la première étude, nous avons inclus les patients hospitalisés dans les suites d'une TS et les patients hospitalisés pour des idées suicidaires. Les idées suicidaires sont définies par un spectre allant de la présence d'idées de mort envisagées comme une alternative à la grande tension psychique et à la rupture de l'équilibre antérieur, jusqu'à la planification d'un scénario sans passage à l'acte <sup>60</sup>.

Les patients devaient s'être présentés au moins à la première consultation post hospitalisation avec un psychiatre de l'unité ou avoir communiqué sur leur état clinique par un moyen quel qu'il soit (appel téléphonique, envoi d'un compte rendu d'une nouvelle hospitalisation par exemple). Cette première consultation a lieu environ à un mois de la sortie d'hospitalisation et a pour objectif en plus d'évaluer le patient cliniquement de faire le point sur la prise en charge du patient qui a du se mettre en place. L'état clinique du patient devait être reporté dans son dossier médical par son psychiatre avec la présence ou non d'idées noires, voire d'idées suicidaires et de la récurrence ou non d'une TS depuis sa sortie d'hospitalisation.

Ont été inclus dans l'étude tous les patients sortis d'hospitalisation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 31 décembre 2014 répondant aux critères cités plus haut et qui avaient un score à l'échelle d'estime de soi leur permettant d'être répartis :

- soit dans le groupe 1 « très faible estime de soi » : SEI Total  $\leq$  16
- soit dans le groupe 2 « estime de soi plus élevée » : SEI Total  $\geq$  33

#### **IV.1.3.2. Critères d'exclusion**

Nous avons exclu de l'étude :

- Les patients dont le dossier médical ne contenait pas d'information sur la présence ou non d'idées noires, d'idées suicidaires ou de TS à 1 mois de leur sortie d'hospitalisation.
- Les patients n'ayant pas répondu à l'ensemble des échelles qui nous sont nécessaires et que nous allons répertorier dans le paragraphe suivant.
- Les patients ayant un score à la partie « mensonge » de l'estime de soi  $>$  5, c'est-à-dire un score qui indique la non validité de l'ensemble de l'échelle d'estime de soi.

#### **IV.1.4. Outils d'évaluation**

Nous avons recueilli des données à 2 temps pour chaque patient.

##### **IV.1.4.1. Données recueillies pendant l'hospitalisation**

Pour chaque patient inclus dans l'étude nous avons recueilli pendant leur hospitalisation les

données suivantes :

- Les caractéristiques sociodémographiques des patients : sexe, âge, niveau d'étude, statut professionnel, statut familial.
- les antécédents des patients : antécédents de TS, de troubles thymiques et la présence ou non d'hospitalisations antérieures.
- Le motif d'hospitalisation : idées suicidaires ou TS.
- Le diagnostic clinique posé selon la classification internationale des maladies, la CIM-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) par le psychiatre prenant en charge le patient pendant son hospitalisation : épisodes maniques (F30), troubles affectifs bipolaires (F31), épisodes dépressifs (F32), troubles anxieux phobiques (F40), troubles spécifiques de la personnalité (F60).
- Le score de l'autoévaluation de l'estime de soi à la SEI de Coopersmith avec ses cinq sous échelles: SEI Totale, SEI Générale, SEI Sociale, SEI Familiale et SEI Professionnelle. Le score à la SEI Totale a permis d'inclure les patients dans l'un des 2 groupes : estime de soi « très faible » et « plus élevée ».
- Le score de l'autoévaluation de la dépression par la BDI (*Beck Depression Inventory*) (**Annexe 6**) : échelle publiée pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck et révisée en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques de la dépression du DSM-IV. Elle contient 21 items <sup>61</sup> (tristesse de l'humeur, pessimisme, sentiment d'échec, anhédonie, sentiment de culpabilité, sentiment de punition, baisse d'estime de soi, auto criticité, idées suicidaires, action de pleurer, agitation, perte d'intérêt, indécision, sentiment d'inutilité, perte d'énergie, troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie), irritabilité, troubles de l'appétit (hyperphagie, hyporexie, anorexie), troubles de concentration, fatigabilité et troubles de la libido) notés de 0 à 3 en terme d'intensité. Ces notes sont additionnées pour calculer le score de dépression, allant de 0 à 63, qui permet de connaître l'intensité du syndrome dépressif s'il existe. Ainsi nous avons pour un score de :
  - 0 à 10 : absence de trouble de l'humeur dépressive
  - 11 à 16 : troubles bénins de l'humeur
  - 17 à 20 : seuil de la dépression clinique
  - 21 à 30 : dépression modérée

- 31 à 40 : dépression sévère
- 40 à 63 : dépression extrême

Le changement d'échelle pour évaluer l'intensité des symptômes de la dépression n'était pas un choix volontaire mais était dû à une modification d'échelles passées relativement systématiquement dans le service. C'est celle pour laquelle nous avons des données dans la période de cette étude alors que l'échelle HDRS-17 n'était quasiment plus réalisée.

#### **IV.1.4.2. Données recueillies à 1 mois de la sortie d'hospitalisation**

Pour ces mêmes patients nous avons ensuite recueilli à 1 mois de leur sortie, lors de la 1<sup>ère</sup> consultation post hospitalisation au SAS :

- L'évaluation clinique par un psychiatre de la persistance ou non des idées noires ou des idées suicidaires et de la récidive ou pas d'un passage à l'acte suicidaire. Nous avons caractérisé les idées suicidaires de forte intensité lorsqu'elles étaient qualifiées par le psychiatre qui avait évalué le patient comme « scénarisées », « envahissantes » ou « avec projet suicidaire », ou qui avaient pu nécessiter une réhospitalisation.

#### **IV.1.5. Analyses statistiques**

Nous avons fait un recueil de données avec le logiciel Excel.

Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel. Nous avons utilisé le test du  $\chi^2$  pour connaître s'il existait des différences significatives de distribution des variables entre les deux groupes et le test t de Student pour comparer les moyennes de certaines variables entre les deux groupes. L'objectif de cette étude étant de savoir si l'appartenance à l'un des groupes

augmentait la probabilité de persistance ou de récurrence de certains facteurs (idées noires, idées suicidaires, TS), nous avons calculé des odds ratio.

Le seuil de significativité correspondait à un  $p < 0,05$ .

## IV.2. Résultats

### IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Nous avons inclus tous les patients pendant la période donnée répondant aux critères d'inclusion. Au final, nous avons 44 patients dans cette étude :

- 22 patients dans le groupe 1 : « plus faible estime de soi » avec une SEI T  $\leq$  16
- 20 patients dans le groupe 2 : « plus forte estime de soi » avec une SEI T  $\geq$  33

Les caractéristiques sociodémographiques des patients, les antécédents, le motif d'hospitalisation, le diagnostic clinique ainsi que les scores obtenus aux différentes échelles sont indiquées dans le **Tableau 7**.

Les groupes n'avaient pas de différences significatives sur l'ensemble des caractéristiques cliniques : les antécédents de la population (troubles thymiques, TS antérieures et hospitalisations antérieures), le motif d'hospitalisation (TS ou idées suicidaires), la durée d'hospitalisation et les diagnostics cliniques (troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et troubles anxieux). Les p était tous  $>0,05$ .

Par contre, il existait des différences sur un grand nombre de caractéristiques sociales de la population entre les deux groupes : l'âge, le niveau d'étude, le statut professionnel, la situation familiale, la présence ou pas d'enfants. Dans le groupe où l'estime de soi était plus élevée, les patients étaient plus âgés, avaient un niveau d'étude plus élevé, étaient davantage en couple et avaient davantage d'enfants.

Par rapport aux échelles cliniques, nous avons retrouvé que les patients du groupe « plus forte estime de soi » avaient un score moins élevé à la BDI, donc étaient moins déprimés que ceux du groupe « plus faible estime de soi » ( $p < 0,001$ ).



Les groupes ont une SEI Totale très différente, ce qui est normal étant donné que c'est le score qui nous a permis de classer les patients dans chacun des groupes. Nous avons ainsi étudié les différentes sous-catégories d'estime de soi en les comparant entre les 2 groupes par leur pourcentage de l'estime de soi Totale. De cette façon, nous avons mis en évidence que les groupes étaient différents au niveau de l'estime de soi générale (SEI G) avec  $t=3,13$  ( $p=0,003$ ), professionnelle (SEI P) avec  $t=2,99$  ( $p=0,004$ ) et sociale (SEI S) avec  $t=2,19$  ( $p=0,03$ ). Au contraire, ils étaient comparables par rapport à l'estime de soi familiale (SEI F) avec  $t=0,42$  ( $p=0,68$ ).

**Tableau 7 : Comparaisons des caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre Le groupe « très faible estime de soi » et le groupe « estime de soi plus élevée »**

Caractéristiques de la population	très faible estime de soi (N=22)		plus haute estime de soi (N=20)		p	chi 2	t	ddl
	N	Moyenne (ET)	N	Moyenne (ET)				
<b>Genre</b>					0,1	2,64		1
Femme	19		13					
<b>Age</b>		25,64 (9,28)		40,8 (9,47)	<0,01		5,83	40
<b>Niveau d'étude</b>					<0,01	16,46		3
BEPC/CAP	4		0					
bac	10		1					
BTS/DUT	2		1					
diplôme supérieur	5		15					
<b>Statut professionnel</b>					0,03	6,9		2
en activité	10		15					
étudiant	11		2					
chômage	1		1					
<b>Statut familial</b>					<0,01	13,07		3
célibataire	14		2					
en couple/marié(e)	6		12					
séparé(e)/divorcé(e)	1		4					
veuf(ve)	1		2					
<b>Enfant(s)</b>					<0,01	16,48		1
oui	2		14					
non	20		6					
<b>Antécédents de la population</b>								
<b>Troubles thymiques</b>	7		8		0,58	0,3		1
<b>TS antérieures</b>	9		5		0,27	1,19		1
<b>Hospitalisations antérieures</b>	5		5		0,86	0,03		1
<b>Caractéristiques cliniques</b>								
<b>Motif hospitalisation</b>					0,23	1,44		1
TS	15		10					
idées suicidaires	7		10					
<b>Durée de l'hospitalisation (jours)</b>		19,91 (7,79)		21,75 (16,39)	0,65		0,46	40
<b>Diagnostic clinique</b>					0,31	4,8		4
épisode dépressif (F32)	13		13		0,69	0,16		1
épisode E trouble bipolaire (F30/F31)	1		1		0,94	0,005		1
épisode thymique (F30/F31/F32)	14		14		0,66	0,19		1
trouble de la personnalité (F60)	6		1		0,05	3,74		1
trouble anxieux (F40)	2		5		0,17	1,91		1
<b>Echelles cliniques</b>								
<b>BDI (dépression)</b>		20,95 (6,48)		10,5 (7,07)	<0,001		4,98	40
<b>SEI (estime de soi)</b>								
SEI totale (T)		13,18 (2,95)		37,15 (3,44)	<0,001		24,12	40
SEI générale / SEI T		39,65 (14,5)		49,79 (4,05)	0,003		3,13	40
SEI familiale / SEI T		14,04 (11,0)		15,14 (5,15)	0,68		0,42	40
SEI professionnelle / SEI T		23,57 (10,0)		16,75 (3,35)	0,004		2,99	40
SEI sociale / SEI T		22,74 (8,69)		18,32 (3,58)	0,03		2,19	40

## IV.2.2. L'estime de soi, facteur prédictif de maintien du risque suicidaire ?

Par rapport à l'objectif principal de cette seconde étude, la prédictivité de la faible estime de soi comme récurrence d'idées noires ou suicidaires ou de TS est représentée dans le **Tableau 8**.

Lors de l'évaluation à un mois de l'hospitalisation, il y a 27,27% des patients, soit 6 patients, dans le groupe à « très faible estime de soi » qui présentaient, ou avaient présenté depuis leur sortie de nouveau des idées noires ou suicidaires, ou avaient fait une TS : un patient avait présenté des idées noires, un autre patient avait eu des idées suicidaires de faible intensité qui ont été fugaces, et quatre patients avaient eu des idées suicidaires de forte intensité. Parmi ces quatre patients, deux ont été réhospitalisés : un au SAS et un dans son service de psychiatrie de secteur en soins sous contrainte sous la forme de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT).

Dans le groupe à « estime de soi plus élevée », 10% des patients, soit 2 patients présentaient, ou avaient présenté de nouveau des idées noires ou suicidaires, ou avaient fait une TS : un patient avait présenté des idées noires et un patient avait fait une récurrence de TS à 10 jours de sa sortie d'hospitalisation.

Au final, la réapparition d'idées noires/suicidaires ou de comportements suicidaires était plus élevée dans le groupe « très faible estime de soi » comparé à celui « estime de soi plus élevée » avec un OR = 3,37 ([0,59-19,16] ;  $\chi^2 = 2,03$  ;  $p=0,15$ ).

Si nous ne prenons que les patients ayant eu des idées suicidaires ou ayant fait une TS soit 5 patients dans le groupe « très faible estime de soi » et 1 dans le groupe « estime de soi plus élevée », OR était de 5,59 ([0,60-52,73] ;  $\chi^2 = 2,69$  ;  $p=0,10$ ).

La faible estime de soi apparaissait ainsi avec une tendance à la significativité comme un facteur prédictif de risque suicidaire (idées noires, suicidaires ou TS). Cependant, devant l'absence de significativité réelle nous n'avons pas pu l'affirmer.

**Tableau 8 : Odds Ratio de la récurrence ou de maintien d'idées noires, suicidaires ou de TS entre le groupe « plus faible estime de soi » et le groupe « plus forte estime de soi », à un mois de la sortie d'hospitalisation**

A M1	OR	intervalle de confiance	chi 2	ddl	p
idées suicidaires/TS	<b>5,59</b>	[0,60-52,73]	2,69	1	0,10
idées suicidaires/noires/TS	<b>3,375</b>	[0,59-19,16]	2,03	1	0,15

## V. Analyses complémentaires : corrélations entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire corrigées par l'âge

Nous avons étudié les corrélations partielles entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire dans l'étude transversale en prenant comme facteur de correction l'âge des patients.

En effet devant le fait que l'âge des sujets était très différent entre les groupes « très faible estime de soi » et « estime de soi plus élevée » dans la 2<sup>ème</sup> étude sur la prédictivité, nous nous sommes demandés si l'âge pouvait être un facteur de confusion expliquant la corrélation entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire. Les résultats sont présentés dans le **Tableau 9**.

Nous avons également analysé les corrélations entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire en prenant deux facteurs correctifs : l'âge et l'intensité du syndrome dépressif avec l'échelle HDRS-17. Ces seconds résultats sont reportés dans le **Tableau 10**.

**Tableau 9 : Corrélations corrigées par le facteur âge entre l'intentionnalité suicidaire (SIS de Beck) et l'estime de soi (SEI)**

Echelles d'évaluation	coefficient de corrélation		
	avec la SIS de Beck	significativité bilatérale	ddl
<b>SEI Totale</b>	<b>-0,27</b>	<b>0,002</b>	<b>129</b>
SEI Générale	-0,164	0,062	129
<b>SEI Familiale</b>	<b>-0,267</b>	<b>0,002</b>	<b>129</b>
SEI Professionnelle	-0,09	0,308	129
<b>SEI Sociale</b>	<b>-0,333</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>129</b>

**Tableau 10 : Corrélations corrigées par la dépression (HDRS-17) et le facteur âge entre l'intentionnalité suicidaire (SIS de Beck) et l'estime de soi (SEI)**

Echelles d'évaluation	coefficient de corrélation		
	avec la SIS de Beck	significativité bilatérale	ddl
<b>SEI Totale</b>	<b>-0,225</b>	<b>0,01</b>	<b>128</b>
SEI Générale	-0,12	0,175	128
<b>SEI Familiale</b>	<b>-0,246</b>	<b>0,005</b>	<b>128</b>
SEI Professionnelle	-0,077	0,384	128
<b>SEI Sociale</b>	<b>-0,287</b>	<b>0,001</b>	<b>128</b>

Au final après correction par l'âge des patients, l'intentionnalité suicidaire restait significativement corrélée négativement à l'estime de soi Totale avec un coefficient de -0,27 ( $p=0,002$ ), l'estime de soi Sociale avec un coefficient de -0,333 ( $p<0,001$ ) et l'estime de soi Familiale avec un coefficient de -0,267 ( $p=0,002$ ).

De même, après correction par l'âge et l'intensité du syndrome dépressif, l'intentionnalité suicidaire restait significativement corrélée négativement à l'estime de soi Totale avec un coefficient de -0,225 ( $p=0,010$ ), l'estime de soi Sociale avec un coefficient de -0,287 ( $p=0,001$ ) et l'estime de soi Familiale avec un coefficient de -0,246 ( $p=0,005$ ).

# VI. Discussion

## VI.1. Critique des résultats

### VI.1.1. Etude transversale

L'intentionnalité suicidaire semble corrélée négativement à l'estime de soi « totale ».

Nos résultats sont en accord avec ceux d'autres études à la fois au sein d'une population psychiatrique comme la nôtre<sup>50 51 52</sup>, en population générale<sup>49</sup> ou chez les sujets jeunes<sup>46 22 31</sup>.

Cette corrélation est cependant à interpréter avec précaution car d'autres auteurs ont retrouvé des facteurs modérateurs comme le soutien familial, le sexe masculin, ou la présence d'une dépression<sup>47 28 44 48</sup>.

Sur le plan du soutien familial, notre étude apporte probablement un axe de réponse puisque nous avons mis en évidence que l'intentionnalité suicidaire est plus particulièrement corrélée négativement à l'estime de soi familiale et sociale. Le lien entre le soutien familial et l'estime de soi familial nécessite cependant d'être montré, nous essayerons de le faire dans ce chapitre.

La spécificité de notre étude était de s'intéresser aux différentes dimensions de l'estime de soi par l'intermédiaire d'une échelle moins utilisée dans la littérature. En effet, la plupart des travaux existants reposant sur l'échelle d'estime de soi de Rosenberg ne permettaient pas de mettre en évidence que l'intentionnalité suicidaire était plus corrélée à l'estime de soi sociale et familiale comme nous l'avons fait en employant l'échelle d'estime de soi de Coopersmith.

De plus, nous avons retrouvé dans notre étude que les corrélations entre l'intentionnalité suicidaire et certaines sous partie de l'estime de soi ainsi que la corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi totale existent significativement indépendamment de l'intensité du syndrome dépressif qui peut être associé.

#### **VI.1.1.1. Risque suicidaire et estime de soi familiale**

L'estime de soi familiale correspond à une évaluation de soi sur soi en tant que membre de la famille : sa place, son importance, sa capacité à remplir un rôle au sein de la famille notamment. Cette estime de soi est influencée par l'impression que l'on a du jugement et du regard des membres de notre famille sur soi. L'estime de soi familiale serait plus haute lorsque la personne bénéficie notamment d'une famille présente et soutenante et réduirait, ainsi, le risque de TS.

Si le lien entre estime de soi familiale et risque suicidaire n'a pas été mis en évidence dans la littérature, comme nous avons pu le faire par l'intermédiaire de notre étude, plusieurs travaux ont retrouvé que le soutien familial ou parental ou encore le fait de vivre en famille diminuait le risque de TS.

Bridge *et al.* ont réalisé en 2006 une revue de littérature <sup>42</sup> sur l'épidémiologie et les facteurs de risque ou de protection du suicide ou des TS. Ils ont montré que la famille était un facteur de protection important. Effectivement ils ont retrouvé une littérature cohérente reliant avec le risque de tentatives et le risque suicidaire chez les jeunes : la discorde familiale, la mauvaise qualité de la relation parent-enfant, la mauvaise communication avec le père, le manque de soutien ou de disponibilité parentale perçue. De façon similaire, ils ont identifié comme facteurs de protection suicidaire : la cohésion familiale, une relation parent-enfant de qualité, le temps passé en famille et la supervision parentale.

Plus récemment en 2007, Eskin *et al.* <sup>44</sup> ont montré l'effet direct que les relations familiales avaient sur le risque suicidaire chez de jeunes adolescents turques.

De même, Kuhlberg *et al.* en 2010 <sup>62</sup> se sont intéressés à cette question. Ils ont étudié chez une population de 226 adolescents latino-américains dont 50% avaient un antécédent de TS, le rôle du « familisme » dans les conflits parents-adolescents, l'estime de soi et les TS. Le « familisme » correspond à la notion de famille comme valeur qui joue un rôle central chez des individus tant au niveau identitaire, que psychologique ou social. Le soutien familial est l'un de ses aspects. Au final ils ont conclu que réduire les conflits parents-adolescents et favoriser des liens plus étroits au sein de la famille avait pour effet d'améliorer l'estime de soi et de diminuer la probabilité de TS.



### **VI.1.1.2. Risque suicidaire et estime de soi sociale**

Notre étude a montré que l'estime de soi sociale était la plus corrélée au risque suicidaire, ce qui n'avait pas été démontré dans la littérature actuelle.

Seules deux études abordent la question d'un éventuel lien entre les liens sociaux des patients et le risque suicidaire :

- une étude japonaise de 2014 <sup>57</sup>, qui s'est intéressée au fonctionnement social des jeunes adultes présentant un épisode dépressif majeur, les plus à risque de suicide. Mitsui *et al.* ont montré que le score moyen de fonctionnement social et de qualité de vie d'un groupe à risque suicidaire était significativement plus faible que celui d'un groupe sans risque. Le score d'estime de soi était également plus faible dans le groupe à risque suicidaire. Ils ont conclu que l'estime de soi et le fonctionnement social jouaient un rôle important dans cette population, ce qui va dans le même sens que les résultats de notre étude.
- l'étude de Sharaf et al en 2009 <sup>47</sup>, a montré que dans une population d'étudiants d'Amérique Centrale à haut risque de décrochage scolaire, le soutien social était important. En effet, les auteurs ont retrouvé que le soutien par les pairs était corrélé négativement au risque suicidaire avec un coefficient de -0,3 ( $p < 0,001$ ). Les pairs étudiés allaient du meilleur ami aux camarades de classe. Ils constataient de même que l'estime de soi et le soutien familial étaient corrélés au risque suicidaire avec des coefficients respectifs de -0,47 et -0,25 ( $p < 0,001$ ).

### **VI.1.1.3. Risque suicidaire et estime de soi professionnelle**

Dans notre étude, l'estime de soi « professionnelle » n'était pas corrélée de façon significative à l'intentionnalité suicidaire.

Les résultats relatifs à l'estime de soi professionnelle peuvent sembler surprenants alors que la médiatisation des suicides en milieu professionnel est à son comble. La presse rapporte qu'il y a 300 à 400 suicides de salariés sur leur lieu de travail chaque année et que ces chiffres tendent à croître <sup>63</sup>. De plus, la promotion de l'excellence dans le milieu professionnel et la radicalisation de la compétition dans les relations de travail qui se traduisent par un accroissement des exigences de l'employeur et du salarié lui-même, pourraient nous amener à

penser que cela pourrait diminuer l'estime de soi professionnelle et favoriser le risque suicidaire.

Cependant les liens entre les conditions de travail et le passage à l'acte suicidaire sont complexes et le lien de causalité non démontré dans la littérature. Kraus *et al.* en 2005 ont retrouvé que 11% des suicides qu'ils ont étudiés en Californie étaient classés à tort comme liés au travail et qu'en extrapolant aux Etats-Unis, cela représenterait plus d'un millier de suicide mal classés. Ils ont ainsi conclu qu'il était incertain d'établir une classification des suicides directement liés au travail <sup>64</sup>. En revanche, de nombreuses études ont établi un lien entre le stress et/ou le *burnout* et le suicide au travail. C'est le cas de l'étude de cohorte sur 14 ans de Feskanich *et al.* en 2002 <sup>65</sup> qui a recherché l'association entre le stress perçu et le suicide chez 94110 infirmières aux Etats-Unis. Les auteurs ont retrouvé que le stress perçu au travail augmentait le risque suicidaire : pour un stress important, risque relatif (RR) =1,9 (IC à 95%=0,8 à 4,7) et pour un stress faible RR = 2,4 (IC à 95%=0,9 à 6,1). Ils ont souligné que l'excès de risque pour ceux qui ont déclaré un stress faible pouvait refléter une dépression non diagnostiquée ou une sous-estimation de leur stress.

Nos résultats ne peuvent pas être comparés à d'autres études puisque nous n'avons pas retrouvé d'étude recherchant spécifiquement une association entre l'intentionnalité ou le risque suicidaire et l'estime de soi professionnelle.

Néanmoins, chez les étudiants des corrélations en lien avec l'estime de soi scolaire ont été mises en évidence. Martin *et al.*, dans leur étude de 2005 <sup>31</sup>, ont montré que l'estime de soi mais également le rendement scolaire perçu étaient significativement associés à des comportements suicidaires.

Etant donné le peu de données dans la littérature entre l'estime de soi professionnelle et le risque suicidaire, notre étude apporte des éléments nouveaux intéressants, qu'il faudra confirmer dans de futurs travaux.

#### **VI.1.1.4. Risque suicidaire et estime de soi générale/personnelle**

Dans notre étude, l'estime de soi « générale » n'était pas corrélée de façon significative à l'intentionnalité suicidaire.

Aucun auteur ne s'est penché spécifiquement sur cet aspect de l'estime de soi qui porte sur la personne elle-même et son rapport avec le risque suicidaire. Nous avons donc recherché si certaines de ses composantes avaient été mises en lien dans la littérature avec le risque suicidaire.

La majorité des études s'intéressant à l'image corporelle le font plus spécifiquement via l'incidence d'un surpoids sur le risque suicidaire. Nous pouvons citer pour exemple l'étude de 2013 de Seo et Lee à partir d'une enquête longitudinale américaine sur la santé des adolescents<sup>66</sup>. Les auteurs ont retrouvé que la perception d'un surpoids augmentait de manière significative le risque d'idées suicidaires chez les filles (OR = 1,41, p <0,05), mais pas chez les garçons après contrôle des facteurs de risque déjà bien documentés de l'idéation suicidaire. La perception de l'embonpoint semblait ainsi augmenter le risque des idées suicidaires chez les filles, ce qui ne va pas dans le sens que nos résultats sur cet aspect spécifique de l'image corporelle.

Néanmoins si l'on s'intéresse à l'image corporelle de façon plus globale, Brausch et Decker en 2014<sup>67</sup> ont montré à partir de 392 adolescents aux Etats-Unis que l'insatisfaction corporelle n'était pas un facteur prédictif des idées suicidaires mais que les troubles du comportement alimentaire, la dépression, le faible soutien parental et par les pairs l'étaient. Nos résultats semblent ainsi cohérents avec ceux de ces auteurs.

#### **VI.1.1.5. Correction par la dépression**

Nous constatons dans notre étude qu'après correction par la dépression les corrélations entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi « totale », l'estime de soi « sociale » et l'estime de soi « familiale » restaient valides et significatives. La taille d'effet est importante (8%) entre l'intentionnalité suicidaire et l'estime de soi sociale après cette correction. Ainsi la dépression ne semble pas être un facteur de confusion.

Dans la littérature, quelques articles ont étudié si la dépression était un facteur de confusion de la corrélation entre l'estime de soi et le risque suicidaire. Comme nous l'avons vu dans le chapitre théorique de cette thèse, des auteurs ont montré que la correction par la dépression

annihilait la corrélation comme De Man en 1995 <sup>48</sup> et Kingsbury en 1999 <sup>56</sup>. Cependant les recherches plus récentes ont mis en évidence l'inverse : le syndrome dépressif n'influence pas la corrélation. C'est le cas de De Man qui a contredit ses résultats précédents en 2002 <sup>55</sup>, de Bhar en 2008 <sup>50</sup> et de Jang *et al.* en 2014 <sup>54</sup>.

Au final, il semble important de prendre en compte l'estime de soi, notamment sociale et familiale chez les patients en crise suicidaire quelles que soient leurs pathologies associées, qu'ils soient déprimés ou non et quelle qu'en soit la sévérité.

#### **VI.1.1.6. L'inventaire des attitudes pour faire face au stress**

Dans notre travail, l'ensemble des solutions de la CISS étaient corrélées à l'estime de soi totale mais c'était avec la solution d'orientation vers la tâche que l'estime de soi totale était la plus corrélée positivement.

Un patient qui présentait une estime de soi totale élevée, faisait donc appel à des processus intellectuels lui permettant de s'orienter vers la tâche soit la situation stressante (le problème) directement. Il semble donc intéressant de travailler sur les stratégies de résolution des problèmes pour les patients en crise suicidaire afin de pouvoir avoir un impact sur l'estime de soi. Ainsi, nous pourrions les aider à mettre en place des solutions appropriées face aux problèmes et ne pas être dans l'évitement et le débordement émotionnel qui peuvent conduire à une TS. Cela pourrait permettre de réduire le risque suicidaire de nos patients.

Une étude de 2010 <sup>68</sup>, qui a recherché les caractéristiques de la personnalité de patientes suicidantes, confirmait cette hypothèse. Les auteurs ont notamment comparé l'inventaire des attitudes pour faire face au stress, la CISS, entre ces patientes et un groupe témoin. Ils ont conclu que ces patientes suicidantes qui avaient une faible estime de soi et de faibles compétences interpersonnelles réduisaient leurs moyens de faire face à des situations difficiles. Ainsi, il semblait y avoir un réel intérêt à réaliser une psychothérapie autour de la résolution des problèmes pour ces patientes suicidantes.

## VI.1.2. Etude rétrospective sur la prédictivité

La « **très faible** » **estime de soi** était non significativement prédictive du risque suicidaire. Cependant, on note une tendance lorsque nous ne considérons que les reprises d'idées suicidaires ou de récurrences de TS en excluant les reprises d'idées noires qui sont moins spécifiques, avec un OR correspondant de 5,59 [0,60-52,73].

Ce manque de significativité est probablement dû à un manque de puissance de notre étude, où les groupes sont constitués d'un assez faible effectif de 20 patients comparés à 22 autres patients. Nous avons pensé qu'en axant les groupes sur les extrêmes de la courbe de distribution de l'estime de soi, nous augmenterions la probabilité de repérer des contrastes, mais cela n'a pas été suffisant. Il serait donc intéressant de pouvoir augmenter les effectifs afin de confirmer cette absence de différence, et de mesurer ce qui est dû à un manque de puissance statistique.

Cette absence de résultats significatifs ne signifie pas que la « **faible** » **estime de soi** ne soit pas un facteur prédictif du risque suicidaire. En effet, certains biais méthodologiques dans la deuxième étude que nous avons réalisée sont à prendre en compte :

- Nous avons comparé un groupe de patients ayant une « très faible » estime de soi avec un groupe comportant des patients ayant une estime de soi considérée comme « faible à élevée ». Effectivement, le seul seuil de valeur que nous connaissons de l'estime de soi évaluée par l'échelle de Coopersmith est SEI totale <33 qui correspond à une très faible estime de soi. Or, dans le deuxième groupe nous avons pris tous les patients ayant une SEI totale supérieure ou égale à 33. Nous aurions pu prendre un seuil plus élevé de SEI totale afin de comparer un groupe de faible estime de soi à un groupe d'estime de soi « normale » à « élevée ». Mais cela n'a pas été réalisable étant donné la population de l'étude qui était des patients hospitalisés en crise suicidaire dont la grande majorité avait une faible estime de soi.
- Il existe également un biais de sélection. En effet, les patients de cette étude ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population qui pourrait présenter un risque suicidaire. Pour rechercher une prédictivité, une étude en population générale serait intéressante

bien que sa réalisation soit plus complexe étant donné le nombre important de personnes qu'il faudrait inclure et suivre compte tenu de la faible incidence du passage à l'acte suicidaire en population générale.

### **VI.1.3. Analyses complémentaires : corrélations entre l'estime de soi et l'intentionnalité suicidaire corrigées par l'âge**

Dans notre seconde étude, l'âge des sujets était très différent entre les groupes « très faible estime de soi » et « plus forte estime de soi » : moyennes d'âge de 22,6 ans et de 40,8 ans. Cette caractéristique peut expliquer les différences entre les deux groupes de manière assez intuitive. Effectivement, le groupe où la population est la plus jeune est plus souvent célibataire, a souvent moins d'enfants, a un niveau d'étude plus faible...

Cependant, après ajustement sur l'âge des patients et sur la dépression, nous avons constaté que l'intentionnalité suicidaire restait significativement corrélée négativement à l'estime de soi totale, sociale et familiale dans la première étude (l'étude transversale) : l'âge ne semble donc pas être un facteur de confusion pour le risque suicidaire comme nous aurions pu le penser.

## VI.2. Limites de l'étude

Notre étude possède plusieurs limites à prendre en compte :

- Un manque de puissance :

L'effectif réduit des deux groupes (extrêmes de la courbe) que nous avons comparés dans la seconde étude, est possiblement l'une des causes de l'absence de significativité de nos résultats sur la prédictivité de la faible estime de soi sur le risque suicidaire (manque de puissance statistique). Une étude à plus grande échelle serait ainsi intéressante à réaliser.

Le choix de cibler nos efforts sur les extrêmes de la courbe de distribution de l'estime de soi peut aussi avoir eu un impact. En effet, si cette stratégie est cohérente dans le cadre d'une normalité de sa distribution, il est possible que les facteurs en jeu soient nombreux et hétérogènes, les extrêmes pouvant ainsi potentiellement refléter des facteurs de risque différents car ne concernant que certains sous-groupes de sujets.

Cependant notre étude comprenait une première partie principale transversale avec un plus large échantillon de 132 patients permettant d'obtenir une puissance suffisante. Nous avons ainsi pu mettre en évidence un ensemble de résultats significatifs et répondre à l'objectif principal de notre étude.

- Représentativité de notre étude :

Le manque de représentativité de notre étude est dû au fait qu'elle soit monocentrique : sujets issus d'un service de centre hospitalo-universitaire (CHU) à Paris qui a des critères d'admission précis. Ainsi nous pouvons constater que certains troubles psychiatriques ne sont pas représentés dans notre travail comme par exemple les troubles psychotiques. Pour une plus grande représentativité des patients en crise suicidaire, on pourrait réaliser une étude multicentrique, en province et à Paris en incluant des services de secteur psychiatrique qui ont pour mission d'hospitaliser tous les patients de leur territoire avec pour seul critère d'admission la présence de troubles psychiatriques nécessitant des soins hospitaliers. Des patients traités en ambulatoire pourraient également permettre

d'élargir le spectre de nos résultats car tous les patients en crise suicidaire ne sont pas hospitalisés.

En observant les caractéristiques sociodémographiques des patients de nos études, nous constatons qu'il existe une surreprésentation des femmes : 84,1% de femmes dans la première étude et 72,7% dans la seconde. Néanmoins, ces caractéristiques sont assez représentatives des patients hospitalisés pour idées suicidaires ou TS. En effet, d'après une enquête de l'Institut de Veille Sanitaire en France de septembre 2014 <sup>34</sup>, les hospitalisations des femmes suite à une TS étaient environ deux fois plus fréquents que chez les hommes. Il était souligné dans cette enquête que la prépondérance des taux féminins dans les TS était constamment retrouvée dans les données d'hospitalisation de la littérature internationale. De plus, les enquêtes en population montrent que les femmes ont plus souvent recours aux soins que les hommes expliquant en partie la surreprésentation des femmes dans les taux d'hospitalisation pour TS.

En revanche, d'autres caractéristiques comme le jeune âge des patients sont plus atypiques : l'âge moyen dans la première étude est de 31,8 ans et il est de 32,9 ans dans la seconde. Bien que ce jeune âge puisse être expliqué en partie par le fait que les personnes jeunes font partie de l'un des groupes les plus à risque de suicide, ces caractéristiques peuvent être aussi secondaires aux critères d'admission dans l'unité que nous avons considérée. Effectivement, au SAS à la CMME sont admis les patients « primo suicidants », c'est-à-dire qui présentent des idées suicidaires ou ont fait une TS mais qui n'ont jamais été hospitalisés pour ces raisons. Ce processus sélectionne des patients *a fortiori* plus jeunes car les patients récidivants ne sont pas hospitalisés dans l'unité.

Ce biais est inhérent au fait de réaliser une étude au sein d'un service et correspond à la réalité constatée dans le service en question.

De plus, nous pouvons généraliser l'ensemble de nos résultats sur la corrélation entre l'estime de soi et le risque suicidaire à une population de sexe féminin et plutôt jeune.



- Limites méthodologiques :

Tout d'abord, l'utilisation des auto-questionnaires pour les différentes échelles que nous étudions peut créer un biais. En effet, selon leur pathologie les patients ne cotent pas leurs réponses de la même manière. Le fait que ce ne soit pas un professionnel de santé qui évalue les caractéristiques des patients recherchés par les échelles, pose la question de la validité externe puisque nous avons des données sur la façon dont les patients se perçoivent mais pas sur le regard du clinicien.

Ensuite, le fait que notre étude ait été réalisée à partir des dossiers médicaux des patients peut induire un manque de précision, certaines informations pouvant être manquantes ou mal retranscrites. Cela peut conduire notamment à une absence d'inclusion d'un patient qui aurait dû l'être et créer un biais de sélection.

- Durée du suivi :

Le délai pendant lequel nous avons recherché les récurrences d'idées suicidaires ou de TS après l'hospitalisation des patients d'un mois correspond à l'étude d'une prédictivité des récurrences du risque suicidaire à très court terme. Les résultats auraient été plus intéressants si nous avions pu rechercher une prédictivité à moyen terme soit à un an, qui est le délai pendant lequel le taux de rechute est important. Par exemple, Palazzolo *et al.* en 2002<sup>69</sup> ont retrouvé en décrivant les caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une TS en Savoie que les récurrences se produisaient dans la plupart des cas dans l'année après le geste. De plus, dans une revue de la littérature de 2014<sup>35</sup>, il a été retrouvé que le taux de récurrence était de 16,3 % à un an et de 22,4 % à cinq ans.

Cependant notre travail a étudié le risque suicidaire non seulement via la récurrence de TS ou la survenue d'un suicide, mais également via la variabilité des idées noires ou suicidaires. Ces idées sont en amont du passage à l'acte et elles représentent en elles-mêmes un facteur de risque suicidaire. Ainsi, le fait d'utiliser ces critères de jugement compense en partie le fait de faire une étude sur un délai plus court.

En outre, nous voulions avoir le taux le plus faible possible de perdus de vue. La durée du suivi choisi permet cela puisque dans le large échantillon de patients de l'étude transversale nous avons pu constater à un mois de la sortie d'hospitalisation 25% de perdus de vue. A un an de la sortie, ce taux était de 82 %.

## VI.3. Conséquences sur notre pratique clinique

Les pathologies psychiatriques des patients hospitalisés pour idées suicidaires ou suite à une TS dans notre étude étaient variées : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, différents troubles de l'humeur, chez des patients avec ou pas des troubles de la personnalité diagnostiqués. Les troubles dépressifs étaient majoritaires à 64,4% dans la première étude et à 61,9% dans la seconde étude mais pas exclusifs d'où l'intérêt d'avoir mis en évidence un facteur qui semble avoir une tendance à la significativité pour prédire le risque de récurrence d'idées suicidaires ou de TS. Ce facteur est l'estime de soi sur lequel nous pouvons travailler avec nos patients.

### VI.3.1. Thérapie de résolution des problèmes

Comme nous l'avons suggéré en analysant les corrélations entre l'estime de soi et les attitudes pour faire face au stress (mesurées par la CISS), les stratégies de résolution des problèmes (*conflict resolving*) semblent être une voie possible de psychothérapie afin d'avoir un impact sur l'estime de soi des patients et ainsi réduire le risque suicidaire.

La technique de résolution des problèmes fait partie des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui se concentrent sur la recherche de solutions aux problèmes spécifiques rencontrés dans la vie de tous les jours. Ici elle aurait pour but de modifier la perception du suicide par les patients comme solution. Les patients sont sensibilisés au fait que l'idéation suicidaire ou le geste suicidaire est un problème. En effet nos patients en crise suicidaire décrivent un processus cognitif qui les pousse à répondre au désespoir ; la solution perçue étant le suicide. Cette thérapie fait notamment décomposer aux patients le ressenti, les pensées et les actions au moment du geste ou des pensées suicidaire très aiguës. Ainsi elle leur permet une prise de conscience des failles dans le raisonnement qui ne pouvait que les conduire à la seule solution qui s'imposait : le suicide<sup>70</sup> !

Eskin *et al.* en 2007 <sup>44</sup> ont montré qu'une plus basse compétence de stratégie de résolution de problèmes était corrélée significativement avec les idées suicidaires et un risque suicidaire plus important. Linehan *et al.* en 1987 <sup>71</sup> quant à eux, ont mis en évidence que les patients suicidaires envisageaient des solutions moins actives que les autres patients qui n'ont pas de comportement suicidaire.

De plus L. Vera dans son étude de 2009 <sup>70</sup>, sur l'application de la stratégie thérapeutique de résolution de problèmes dans une unité de suicidants et de suicidaires a montré que les patients adhéraient à cette technique. Il décrivait avoir appris des éléments cognitifs qui les décentraient de la « solution » suicide. De plus ces patients se montraient motivés pour acquérir des habiletés leur permettant de faire face à leurs difficultés du quotidien. L. Vera a confirmé ces résultats dans une nouvelle étude en 2015 <sup>32</sup>. Il y précisait que cette technique, en plus d'être acceptée, était très informative sur les différents facteurs présents lors du geste suicidaire : entre autre son évaluation clinique montrait une corrélation entre intentionnalité suicidaire et basse estime de soi sociale, comme ce que nous avons mis en évidence dans notre propre étude.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de lien entre la thérapie de résolution des problèmes et l'estime de soi mais les auteurs mettent en évidence un intérêt important de cette thérapie chez les patients qui présentent un risque suicidaire. Nous pouvons imaginer que cela passe par un renforcement de l'estime de soi de ces patients mais cette hypothèse devra être démontrée par une étude.

### **VI.3.2. Autres TCC centrées sur l'estime de soi**

D'autres TCC semblent possibles à envisager. Nous avons ainsi recherché dans la littérature des études s'intéressant à l'efficacité de la TCC sur l'estime de soi comme objet principal <sup>3 72</sup> mais elles sont très peu nombreuses.

Lorsque nous nous focalisons sur des pathologies spécifiques en prenant l'estime de soi comme une composante de ces pathologies nous pouvons retrouver des résultats en faveur de la TCC.

C'est le cas pour les troubles anxieux avec une étude de 2006 par Camart *et al.*<sup>73</sup> qui a évalué l'effet d'une TCC de groupe sur 60 patients présentant une phobie sociale sur l'intensité des symptômes phobiques, l'anxiété et l'estime de soi (par l'échelle de Rosenberg) pendant 6 mois. Il a retrouvé que l'estime de soi avait été augmentée.

De même la TCC a montré son efficacité sur l'amélioration de l'estime de soi chez les patients présentant une dépression selon 10 études décrites dans une méta-analyse australienne de 2002<sup>74</sup>.

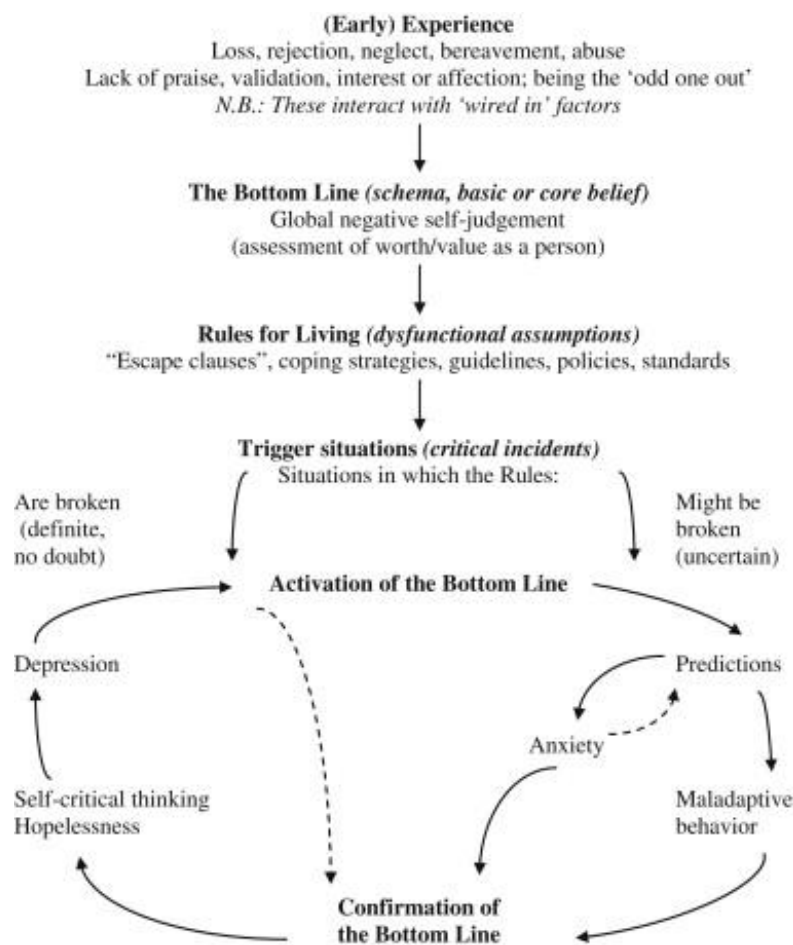
Cependant un travail de thèse en 2010 s'est penché sur l'évaluation à court terme de l'efficacité des TCC sur l'estime de soi quel que soit la pathologie ce qui nous intéresse dans le cas d'une crise suicidaire où différentes pathologies peuvent être retrouvées. A. Schwing<sup>3</sup> a retrouvé une nette amélioration de l'estime de soi en comparant un groupe de 42 patients bénéficiant d'un suivi TCC au CHU de St Etienne (20 en groupe, 22 en individuels) à un groupe de patients suivi en psychiatrie générale également au CHU : gain dans le groupe TCC individuelle de +6,27 points à l'échelle de Rosenberg et de +4,55 dans le groupe TCC en groupe (le groupe contrôle n'a eu un gain que de 0,94 points). Les patients présentaient soit une psychose, soit un trouble anxieux, soit un TCA, soit un épisode dépressif. Au final, le traitement par TCC améliorait significativement l'estime de soi quel que soit la pathologie et semblait supérieur au suivi simple à court terme. En effet l'étude n'a évalué les effets que sur une période de 3 mois. De plus cette étude, n'a pas utilisée de technique spécifique axée sur l'estime de soi avec pour objectif de l'améliorer.

Ainsi nous nous sommes plus particulièrement intéressés à l'étude de Waite *et al.* en 2012 qui propose une évaluation contrôlée et randomisée d'une TCC axée sur l'estime de soi<sup>72</sup> selon l'approche cognitive de Fennell.

La **Figure 4**, représente la conceptualisation de Fennell de la faible estime de soi. D'après Fennell les individus forment des jugements globaux négatifs sur eux-mêmes (« *the bottom line* » = la ligne de fond) à la suite d'expériences, généralement au début de leur vie. Le développement d'hypothèses dysfonctionnelles (règles de vie) leur permet de faire face et de

compenser leurs croyances négatives. Mais si ces règles de vie sont transgressées dans certaines situations, la « bottom line » est activée et déclenche les cycles vicieux de pensées, de sentiments et de comportements qui entretiennent et exacerbent cette croyance négative d'eux-mêmes. Dans ces cycles font partie l'anxiété (déclenchée quand il est perçu que les règles peuvent être transgressées) et la dépression (déclenchée quand il est perçu que les règles ont été transgressées).

**Figure 4 : Modèle cognitif de faible estime de soi de Fennell (1997)**



L'approche de Fennell intègre des techniques de TCC standard et de la thérapie des schémas dont l'examen des origines des croyances dysfonctionnelles fondamentales mais en intégrant :

- des techniques conçues pour atténuer les croyances et les comportements négatifs
- des stratégies pour améliorer l'estime de soi et promouvoir les croyances d'auto-évaluation positives

Selon la nature des difficultés de l'individu, les premières séances peuvent comprendre des éléments provenant d'autres approches de thérapie cognitive bien établies pour les troubles spécifiques.

Waite *et al.* se sont fondés sur cette technique de TCC et ont comparé 11 patients contrôles (sur liste d'attente) et 11 patients qui ont eu le traitement de 10 séances de TCC individuelle accompagnées de cahiers d'auto-assistance pour lire chez eux les chapitres et les exercices liés aux séances de thérapie. Les séances de TCC comprenaient 4 phases :

- Formulation, fixation d'objectifs et psychoéducation individualisée
- Apprendre à réévaluer les pensées et les croyances anxieuses et auto-critiques grâce à des techniques cognitives et comportementales
- Amélioration de l'auto-acceptation
- Développement des croyances plus adaptées et planification pour les futures sessions

Ils ont retrouvé que les patients ayant bénéficiés du traitement par TCC avaient une amélioration plus importante de l'estime de soi, du fonctionnement général et des symptômes de la dépression et avaient moins de diagnostics psychiatriques à la fin du traitement.

### **VI.3.3. Programmes de prévention du suicide centrés sur l'estime de soi**

En utilisant les résultats de notre étude nous pourrions penser à développer des programmes de prévention du suicide en incluant un travail sur l'estime de soi et en repérant les personnes qui ont une très faible estime de soi afin de mettre en place une surveillance plus soutenue.

Nous avons l'exemple d'un programme de formation en prévention suicidaire aux Etats-Unis sur lequel Walker *et al.* ont fait une étude en 2009<sup>75</sup>. Ce programme n'était pas axé sur l'estime de soi mais les auteurs ont montré qu'il permettait d'augmenter significativement (tests pré et

post formation réalisés) des connaissances et des attitudes positives envers la prévention du suicide (test  $t = 6,13$ ,  $p < 0,001$ ) et l'estime de soi (test  $t = 3,76$ ,  $p < 0,001$ ).

Walker *et al.* sont partis du fait que les zones rurales ont tendance à présenter des taux de suicide plus élevés que les zones urbaines par le manque d'accès aux soins en santé mentale. Ils ont ainsi étudié l'incidence d'un programme de formation en prévention suicidaire, le « *Life Savers Training* » auquel ont participé 63 jeunes, d'âge moyen de 15 ans, du secondaire en milieu rural.

Cette formation a été créée en 1987. Elle s'effectue sur une durée de trois jours pendant laquelle les étudiants apprennent par des activités et des moments d'écoute en plus ou moins grand groupe :

- à travailler ensemble en équipe
- à écouter sans jugement les préoccupations des autres
- à reconnaître les signes d'une éventuelle dépression ou d'un risque suicidaire chez une autre personne
- à demander de l'aide à un professionnel ou à un autre adulte si nécessaire.

Cela permettait aux stagiaires d'éprouver un sentiment accru de cohésion sociale et de promouvoir un affect positif global. Les auteurs sont partis du postulat que les jeunes qui étaient plus informés sur les risques suicidaires et à qui nous donnions un bagage adéquat pour être de bons auditeurs des personnes en souffrance, étaient également plus susceptibles de fournir un soutien dans le cas d'une crise potentielle.

Si aux effets bénéfiques d'un tel programme de formation de prévention, qui ont été mis en évidence par l'étude, nous ajoutons un travail plus axé sur l'estime de soi, nous pourrions imaginer pouvoir réduire le risque suicidaire.

D'autres auteurs se sont penchés sur les programmes de prévention du suicide comme Philipps *et al.* <sup>36</sup> qui ont montré que si ces programmes ne se concentraient que sur un seul facteur de risque suicidaire ils ne seraient pas susceptibles de réduire sensiblement le taux de suicide. Kuhlberg *et al.* en 2010 <sup>62</sup> ont souligné l'importance de la participation de la famille dans les programmes de prévention du suicide.

Il faudrait ainsi se concentrer sur les personnes exposées à de multiples facteurs de risque suicidaire en incluant parmi ces facteurs la faible estime de soi, et si possible faire participer les familles et l'entourage sociale des personnes.

Au final, développer des traitements efficaces pour améliorer l'estime de soi permettrait de réduire le risque suicidaire si les tendances de notre étude étaient confirmées. Mais ces traitements pourraient être également appliqués sur l'ensemble des diagnostics associés à la faible estime de soi, ce qui constitue une approche trans-diagnostique intéressante pour traiter les troubles psychiatriques et la crise suicidaire.



## VII. Conclusion

Ce travail de thèse avait pour objectif d'étudier le lien entre le risque suicidaire qui est un problème majeur et l'estime de soi qui est un concept ancien mais devenu l'une des grandes préoccupations de notre société. Nous avons ainsi recherché l'existence d'une corrélation entre estime de soi et risque suicidaire et essayé d'en préciser les caractéristiques, afin de mieux en comprendre le rôle chez les patients en crise suicidaire.

Notre étude a mis en évidence une corrélation entre l'estime de soi totale et l'intentionnalité suicidaire et ceci indépendamment du syndrome dépressif. L'estime de soi sociale et familiale sont plus spécifiquement impliquées dans cette corrélation.

Nous n'avons pas pu identifier la « très faible » estime de soi totale comme un facteur de risque de suicide mais les résultats de notre étude suggèrent une tendance allant dans ce sens.

Des limites peuvent être soulevées dans notre travail comme le manque de puissance de la deuxième étude rétrospective. Néanmoins, nous avons également réalisé une large étude transversale, de puissance supérieure, dont la méthodologie utilisée pour les groupes comparés a permis de considérer les résultats même non significatifs avec une attention particulière. La représentativité de notre échantillon de patients en crise suicidaire semble également limitée. Nous pouvons néanmoins généraliser nos résultats à l'ensemble des patients jeunes et de sexe féminin et ayant un contact avec l'hôpital. Enfin, la dernière limite importante est celle de la durée de suivi choisie à un mois de la sortie d'hospitalisation qui a permis de rechercher une prédictivité du risque suicidaire uniquement à court terme mais avec très peu de perdus de vue. Ainsi, nous avons une moins bonne connaissance de l'évolution à plus long terme.

D'autres études seraient nécessaires pour montrer une prédictivité suicidaire ou une association entre faible estime de soi et risque suicidaire en population générale ou au moins dans une population en crise suicidaire aux critères de sélection moins restrictifs en incluant tous les lieux de prises en charge de ces patients : dans les services de secteur, en service universitaire, en libéral, en clinique, hospitalisés et suivis en ambulatoire.

Cependant, les résultats de notre étude apportent des pistes de réflexion importantes pour les stratégies de prévention du suicide et la prise en charge des patients en crise suicidaire.

Une des forces de notre travail est la mise en évidence du rôle crucial joué par l'estime de soi chez les patients en crise suicidaire. Ce paramètre présente l'intérêt majeur d'être plus stable dans le temps que la dépression, ce qui en fait une cible privilégiée pour une intervention thérapeutique. En effet certains événements de vie ou pathologies comme la dépression peuvent faire varier l'estime de soi mais de façon limitée et tous les domaines de l'estime de soi ne sont pas affectés. L'estime de soi est ainsi assez stable et son amélioration si nous y parvenions serait relativement durable dans le temps et pourrait protéger au plus long cours les patients concernés.

De plus, les patients en crise suicidaire présentent des pathologies variées allant de la dépression, au trouble anxieux en passant par les troubles de la personnalité. Ainsi pouvoir travailler sur une notion transdiagnostique, présente dans un grand nombre de pathologies psychiatriques, comme la faible estime de soi, semble être un outil intéressant pour diminuer le risque suicidaire chez ces patients.

Au final, nous pouvons conclure qu'une attention particulière devrait être accordée aux personnes ayant une faible estime de soi et que des prises en charge ayant pour objectif d'améliorer l'estime de soi devraient être élaborées.

Pour cela, différentes possibilités existent allant des programmes de prévention en population générale aux thérapies visant à augmenter l'estime de soi chez les patients en crise suicidaire et plus précisément les TCC. La thérapie de résolution des problèmes (*conflict resolving*) semble également être un outil particulièrement intéressant chez ces patients. De plus, il serait pertinent de réfléchir au développement de techniques centrées sur l'estime de soi sociale et familiale plus spécifiquement.

Les programmes de prévention en population générale pourraient quant à eux repérer les personnes plus à risque par le biais de la faible estime de soi et par exemple :

- leur donner des coordonnées de professionnels (urgences psychiatriques, CMP, psychiatres libéraux) en cas de survenue d'idées noires afin que la prise en charge soit la plus rapide possible.
- leur proposer s'ils le souhaitent une thérapie afin d'augmenter leur estime de soi de manière préventive.

Nous devons tempérer ces stratégies de prévention du suicide que nous élaborons pour réduire le risque suicidaire car il faudrait pouvoir évaluer leur efficacité sur la réduction du taux de suicide après leur mise en place par une autre étude. Des recherches complémentaires sont donc nécessaires pour déterminer l'efficacité de ces stratégies fondées sur l'augmentation de l'estime de soi.

# Annexes

## Annexe 1 : SIS - Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Traduction JB

### Garré)

Intentionnalité faible : 0 à 3  
Intentionnalité moyenne : 4 à 10  
Intentionnalité forte : 11 à 25

#### I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

##### 1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2

##### 2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0
- Intervention improbable : 1
- Intervention très improbable : 2

##### 3 - Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- Aucune précaution prise : 0
- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : Seul dans sa chambre, porte fermée à clé) : 1
- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

##### 4 - Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
- N'a contacté ou averti personne : 2

##### 5 - Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

- Aucune : 0
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

##### 6 - Lettre d'adieu

- Pas de lettre : 0
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1
- Présence d'une lettre : 2

## II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

### 1 - Appréciation de la léthalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- Etait sûr que son geste le tuerait : 2

### 2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

### 3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

### 4 - Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- Patient heureux de s'en être sorti : 0
- Patient incertain ou mélange des 2 : 1
- Patient désolé d'avoir survécu : 2

## III- DANGEROUSITE

### 1 - Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

- Issue favorable certaine : 0
- Mort improbable : 1
- Mort probable ou certaine : 2

### 2 - La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

## **Annexe 2 : SEI - Echelle d'estime de soi de Coopersmith**

Consignes : Dans les lignes suivantes, se trouvent des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions.

Cochez la case correspondant à votre façon habituelle de penser ou de réagir.

Répondez à toutes les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	<b>Me concerne</b>	<b>Ne me concerne pas</b>
1 En général, je ne me fais pas de souci.		
2 Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe		
3 Il y a en moi des tas de choses que je changerais, si je le pouvais		
4 J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés		
5 On s'amuse bien en ma compagnie		
6 Je suis souvent contrarié(e) par ma famille		
7 Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau		
8 Je suis très apprécié(e) par les personnes de mon âge		
9 Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens		
10 Je cède très facilement aux autres		
11 Ma famille attend trop de moi		
12 C'est très dur d'être moi		
13 Tout est confus et embrouillé dans ma vie		
14 J'ai généralement de l'influence sur les autres		
15 J'ai une mauvaise opinion de moi-même		
16 J'ai souvent envie de changer de vie		
17 Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail		
18 Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens		
19 Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis		
20 Ma famille me comprend bien		
21 La plupart des gens sont mieux aimés que moi		
22 J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille		
23 Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose		
24 Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre		
25 Les autres ne me font pas souvent confiance		
26 je ne suis jamais inquiet(e)		
27 Je suis assez sûr(e) de moi		
28 Je plais facilement		
29 Je passe souvent de bons moments en famille		
30 Je passe beaucoup de temps à rêvasser		
31 J'aimerais être plus jeune		

32 Je fais toujours ce qu'il faut faire		
33 je suis fier(e) de mon activité professionnelle		
34 J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire		
35 Je regrette souvent ce que j'ai fait		
36 Je ne suis jamais heureux(se)		
37 Je fais toujours mon travail du mieux que je peux		
38 En général, je suis capable de me débrouiller tout seul		
39 Je suis assez content(e) de ma vie		
40 Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi		
41 J'aime tous les gens que je connais		
42 Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose		
43 Je me comprends bien moi-même		
44 Personne ne s'intéresse beaucoup à moi		
45 On ne me fait jamais de reproche		
46 Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je voudrais		
47 Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir		
48 Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme/une femme		
49 Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		
50 Je ne suis jamais intimidé(e)		
51 J'ai souvent honte de moi		
52 Les autres me cherchent souvent querelle		
53 Je dis toujours la vérité		
54 Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants		
55 Je me moque de ce qui peut m'arriver		
56 J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		
57 Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques		
58 Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens		

**Annexe 3 : Etalonnage de la note Totale de la SEI de Coopersmith (N=361)**

Equivalents centiles	Classes	Limites des classes
94-99	5	50
70-93	4	46-49
32-69	3	41-45
8 à 31	2	34-40
1 à 7	1	< ou = 33



## **Annexe 4 : HDRS 17 - Echelle de dépression de Hamilton – 17 items**

### **1 - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)**

- Absents
- Ces états affectifs ne sont signalés que si on interroge la personne
- Ces états sont signalés rapportés spontanément
- Ces états sont communiqués de manière non verbale (exemple par l'expression faciale, l'attitude, la voix et la tendance à sangloter)
- La personne ne rapporte que ces états dans sa communication verbale spontanée et non verbale

### **2 - Sentiments de culpabilité**

- Absent
- S'adresse des reproches à elle-même, a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
- Idées de culpabilité ou rumination sur des erreurs passées ou des actes condamnables
- La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent; a des hallucinations visuelles menaçantes

### **3 - Suicide**

- Absent
- A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- Souhaite être morte ou a des pensées de mort
- Idées ou geste suicidaire
- Tentatives de suicide

### **4 - Insomnie en début de nuit**

- Pas de difficulté à s'endormir
- Difficulté occasionnelle à s'endormir (c'est-à-dire plus d'une demi-heure)
- Difficulté quotidienne à s'endormir

### **5 - Insomnie en milieu de nuit**

- Pas de difficulté
- La personne est agitée et facilement dérangée durant la nuit
- Réveils pendant la nuit

### **6 - Insomnie du matin**

- Pas de difficulté
- La personne se réveille de très bonne heure mais se rendort
- Incapable de se rendormir si elle se réveille

## **7 - Travail et activités**

- Pas de difficulté
- Pensées et sentiments d'incapacité, de fatigue, et de faiblesse lors d'activités de travail ou de loisir
- Désintérêt pour les activités, travail ou loisir, rapporté directement par la personne, ou indirectement par une attitude apathique, indécise et hésitante (elle sent qu'elle doit se forcer)
- Diminution du temps réel consacré à des activités, diminution de productivité
- Arrêt de travail en raison de la présente maladie

## **8 - Ralentissement (lenteur de pensée et de langage, difficulté de concentration, activité motrice diminuée)**

- Pensée et langage normaux
- Léger ralentissement lors de l'entrevue
- Ralentissement manifeste lors de l'entrevue
- Entrevue difficile
- État de stupeur

## **9 - Agitation**

- Aucune
- Crispation
- Joue avec ses mains, ses cheveux...
- Bouge, ne peut rester assis tranquille
- Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

## **10 - Anxiété (aspect psychologique)**

- Pas de difficulté
- Tension subjective et irritabilité
- S'inquiète pour des problèmes mineurs
- Appréhension apparente dans l'expression faciale et le discours
- Peurs exprimées sans être questionnée

## **11 - Anxiété (aspect physique)**

- Absents
- Symptômes légers
- Symptômes modérés
- Symptômes sévères
- Symptômes invalidants

## **12 - Symptômes gastro-intestinaux**

- Aucun symptôme

- Perte d'appétit, mais mange à peu près normalement sans s'y être incitée
- Réduction marquée de l'appétit et de la prise de nourriture. La personne a de la difficulté à manger sans être incitée par d'autres

### **13 - Symptômes somatiques généraux**

- Aucun
- Lourdeur dans les membres, le dos ou la tête. Maux de dos, de tête, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité
- Un de ces symptômes est très marqué

### **14 - Symptômes génitaux (tels que perte de libido, performance sexuelle altérée, perturbations des règles)**

- Absents
- Légers
- Sévères

### **15 - Hypochondrie**

- Absente
- Attention concernant son corps
- Préoccupations concernant sa santé
- Plaintes fréquentes, demande de l'aide, ...
- Idées délirantes hypochondriaques

### **16 - Perte de poids**

- Pas de perte de poids
- Perte de poids probable associée à la présente maladie
- Perte de poids certaine selon la personne

### **17 - Conscience de la maladie**

- Reconnaît être déprimée et malade
- Reconnaît être malade mais attribue la maladie à une mauvaise alimentation, le climat, le surmenage, un virus, le besoin de repos...
- Nie être malade

## **Annexe 5 : CISS - Inventaire des attitudes pour faire face au stress**

Consignes : Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de réaction habituel face à un problème important. Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 à 5 en passant par des intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse : de 1 pas du tout à 5 beaucoup.

1	Mieux organiser le temps dont je dispose	1	2	3	4	5
2	Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre	1	2	3	4	5
3	Repenser à de bons moments que j'ai connus	1	2	3	4	5
4	Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes	1	2	3	4	5
5	Me reprocher de perdre du temps	1	2	3	4	5
6	Faire ce que je pense être le mieux	1	2	3	4	5
7	Me tracasser à propos de mes problèmes	1	2	3	4	5
8	Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation	1	2	3	4	5
9	Faire du « lèche-vitrine », du « shopping »	1	2	3	4	5
10	Définir, Dégager mes priorités	1	2	3	4	5
11	Essayer de dormir	1	2	3	4	5
12	M'offrir un de mes plats ou aliments favoris	1	2	3	4	5
13	Me sentir anxieux(e) de ne pas pouvoir surmonter la situation	1	2	3	4	5
14	Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e)	1	2	3	4	5
15	Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires	1	2	3	4	5
16	Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver	1	2	3	4	5
17	Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation	1	2	3	4	5
18	Sortir au restaurant ou manger quelque chose	1	2	3	4	5
19	Etre de plus en plus contrarié(e)	1	2	3	4	5
20	M'acheter quelque chose	1	2	3	4	5
21	Déterminer une ligne d'action et la suivre	1	2	3	4	5
22	Me faire reprocher de ne pas savoir quoi faire	1	2	3	4	5
23	Aller à une soirée, à une fête chez des amis	1	2	3	4	5
24	M'efforcer d'analyser la situation	1	2	3	4	5
25	Me bloquer et ne plus savoir quoi faire	1	2	3	4	5
26	Entreprendre sans délai des actions d'adaptation	1	2	3	4	5
27	Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs	1	2	3	4	5
28	Souhaite pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti	1	2	3	4	5
29	Rendre visite à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
30	Me tracasser à propos de ce que je vais faire	1	2	3	4	5
31	Passer un bon moment avec une personne (intime)	1	2	3	4	5
32	Aller me promener	1	2	3	4	5
33	Me dire que cela ne se reproduira plus jamais	1	2	3	4	5

34	Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales	1	2	3	4	5
35	Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils	1	2	3	4	5
36	Analyser le problème avant de réagir	1	2	3	4	5
37	Téléphoner à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
38	Me mettre en colère	1	2	3	4	5
39	Ajuster mes priorités	1	2	3	4	5
40	Voir un film	1	2	3	4	5
41	Prendre le contrôle de la situation	1	2	3	4	5
42	Faire un effort supplémentaire pour que les « choses marchent »	1	2	3	4	5
43	Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème	1	2	3	4	5
44	Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation	1	2	3	4	5
45	M'en prendre à d'autres personnes	1	2	3	4	5
46	Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable	1	2	3	4	5
47	Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation	1	2	3	4	5
48	Regarder la télévision	1	2	3	4	5

## Annexe 6 : BDI - Inventaire de dépression de Beck

- A** 0 Je ne me sens pas triste  
1 Je me sens cafardeux ou triste  
2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir  
3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
- B** 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir  
1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir  
2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer  
3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer
- C** 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie  
1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens  
2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs  
3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)
- D** 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait  
1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances  
2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit  
3 Je suis mécontent de tout
- E** 0 Je ne me sens pas coupable  
1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps  
2 Je me sens coupable  
3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien
- F** 0 Je ne suis pas déçu par moi-même  
1 Je suis déçu par moi-même  
2 Je me dégoûte moi-même  
3 Je me hais
- G** 0 Je ne pense pas à me faire du mal  
1 Je pense que la mort me libérerait  
2 J'ai des plans précis pour me suicider  
3 Si je le pouvais, je me tuerais
- H** 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens  
1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
- I** 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision
- J** 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant
- K** 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail
- L** 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail
- M** 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

### **Résultats :**

Le score varie de 0 à 39 :

0 à 3 : pas de dépression

4 à 7 : dépression légère

8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : dépression sévère

# Bibliographie

1. André, C. Où en sommes-nous avec l'estime de soi. *Santé Ment.* **185**, 22–27 (2014).
2. Stanley. *Inventaire d'estime de soi de S. Coopersmith S.E.I.* Les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris, 23p (1984).
3. Schwing, A.-L. Evaluation à court terme de l'impact de la TCC dans les pathologies psychiatriques, 57p. Thèse : Médecine, Psychiatrie : Université de St Etienne, 2010.
4. Rosenberg, M. *Society and the adolescent self-image.* Diane Publishing Company, Darby, 347p (1999)
5. Fitts, W. H. & Warren, W. *Tennessee Self Concept Scale manual TSCS:2.* WPS, Nashville, 118p (1965).
6. Coopersmith, S. *Self Esteem Inventory,* Consulting, Palo Alto (1981).
7. Marsh, H. W., Smith, I. D. & Barnes, J. Multitrait-Multimethod Analyses of the Self-description Questionnaire: Student-Teacher Agreement on Multidimensional Ratings of Student Self-concept. *Am. Educ. Res. J.* **20**, 333–357 (1983).
8. Battle, J. *Culture free self-esteem inventories.* Pro-Ed., Austin (1992).
9. Bracken, B. A. *Multidimensional Self Concept Scale.* Pro-Ed., Austin (1992).
10. Vallieres, E. F. & Vallerand, R. J. Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'estime de Soi de Rosenberg. *Int. J. Psychol.* **25**, 305–316 (1990).
11. Bardou, E. & Oubrayrie-Roussel, N. Evolution du concept d'estime de soi. *Santé Ment.* **185**, 31–35 (2014).
12. Louppe, F. Neurosciences de l'estime de soi et contribution à la physiopathologie de la depression, 103p. Thèse : Médecine, Psychiatrie : Université Paris 5 Descartes, 2013.
13. James, W. *The principles of psychology.* Dover, New-York **2**, (1890).
14. Cooley, C. *Human nature and the social order.* Transaction Publishers New\_York, 444p (1992).
15. Harter, S. *Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent.* Delachaux & Niestlé, Paris, 73-85 (1998).
16. Sowislo, J. F. & Orth, U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Bull.* **139**, 213–40 (2013).
17. Freeman, D. *et al.* The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *Br. J. Clin. Psychol.* **37 ( Pt 4)**, 415–30 (1998).



18. Hall, P. L. & Tarrier, N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav. Res. Ther.* **41**, 317–32 (2003).
19. Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. & Mayer, B. Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eat. Behav.* **6**, 11–22 (2005).
20. Akerlind, I., Hörnquist, J. O. & Bjurulf, P. Prognosis in alcoholic rehabilitation: the relative significance of social, psychological, and medical factors. *Int. J. Addict.* **23**, 1171–95 (1988).
21. Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Roufa, L. & Hagen, L. The stress-response dampening hypothesis: how self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addict. Behav.* **37**, 477–84 (2012).
22. Yao, Y.-S. *et al.* Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: a school-based study. *Child. Care. Health Dev.* **40**, 747–52 (2014).
23. Haute autorité de Santé. Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. (2000). Consulté en mai 2015 sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
24. World Health Organization. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 89 (2014). Consulté en mai 2015 sur : [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/fr/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/)
25. Schmidtke, A. Perspective: suicide in Europe. *Suicide Life. Threat. Behav.* **27**, 127–36 (1997).
26. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. 26p (2012). Consulté en juin 2015 sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)
27. Chatard, A., Selimbegović, L. & Konan, P. N. Self-esteem and suicide rates in 55 Nations. *Eur. J. Pers.* **23**, 19–32 (2009).
28. Hidaka, Y. *et al.* Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban Japan. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **43**, 752–7 (2008).
29. Ministère français des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. État des lieux du suicide en France. (2014). Consulté en juin 2015 sur : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>
30. Patton, G. C. *et al.* Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* **374**, 881–92 (2009).
31. Martin, G., Richardson, A. S., Bergen, H. A., Roeger, L. & Allison, S. Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *J. Adolesc.* **28**, 75–87 (2005).
32. Vera, L. Suicide et technique thérapeutique de résolution de problèmes. *Ann. Med. Psychol. (Paris)*. **173**, 372–376 (2015).
33. Vijayakumar, L., Pirkis, J. & Whiteford, H. Suicide in developing countries (3): prevention efforts. *Crisis* **26**, 120–4 (2005).

34. Institut de veille sanitaire française. Rapport 'Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI MCO 2004-2011 et d'OSCOUR@2007-2011". (2014). Consulté en juin 2015 sur : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>
35. Carroll, R., Metcalfe, C. & Gunnell, D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* **9**, (2014).
36. Phillips, M. R. *et al.* Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet (London, England)* **360**, 1728–36 (2002).
37. Harris, E. C. & Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* **170**, 205–228 (1997).
38. Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A. & Kessler, R. C. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol. Psychiatry* **15**, 868–76 (2010).
39. Hoertel, N. *et al.* Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol. Psychiatry* **20**, 718–26 (2015).
40. Nock, M. K. *et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry* **192**, 98–105 (2008).
41. Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. & Horwood, L. J. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol. Med.* **33**, 61–73 (2003).
42. Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry.* **47**, 372–94 (2006).
43. Park, H. S., Schepp, K. G., Jang, E. H. & Koo, H. Y. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J. Sch. Health* **76**, 181–8 (2006).
44. Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C. & Demirkiran, F. Risk Factors for and Protective Factors Against Adolescent Suicidal Behavior in Turkey. *Crisis* **28**, 131–139 (2007).
45. Mcgee, R. & Williams, S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J. Adolesc.* **23**, 569–82 (2000).
46. Thompson, A. H. The suicidal process and self-esteem. *Crisis* **31**, 311–6 (2010).
47. Sharaf, A. Y., Thompson, E. A. & Walsh, E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.* **22**, 160–8 (2009).
48. De Man, A. F. & Leduc, C. P. Suicidal ideation in high school students: depression and other correlates. *J. Clin. Psychol.* **51**, 173–81 (1995).
49. Kumar, M. B. *et al.* Suicidal ideation among Métis adult men and women--associated risk and protective factors: findings from a nationally representative survey. *Int. J. Circumpolar Health* **71**, 18829 (2012).

50. Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G. & Beck, A. T. Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide Life. Threat. Behav.* **38**, 511–6 (2008).
51. Palmer, C. J. Suicide attempt history, self-esteem, and suicide risk in a sample of 116 depressed voluntary inpatients. *Psychol. Rep.* **95**, 1092–4 (2004).
52. Becker, D. F. & Grilo, C. M. Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: comparisons by sex. *Can. J. Psychiatry.* **52**, 572–80 (2007).
53. Orth, U., Robins, R. W. & Roberts, B. W. Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *J. Pers. Soc. Psychol.* **95**, 695–708 (2008).
54. Jang, J.-M. *et al.* Predictors of suicidal ideation in a community sample: roles of anger, self-esteem, and depression. *Psychiatry Res.* **216**, 74–81 (2014).
55. De Man, A. F. & Gutiérrez, B. I. B. The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Can. J. Behav. Sci.* **34**, 235–238 (2002).
56. Kingsbury, S., Hawton, K., Steinhardt, K. & James, A. Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **38**, 1125–31 (1999).
57. Mitsui, N. *et al.* The association between suicide risk and self-esteem in Japanese university students with major depressive episodes of major depressive disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* **10**, 811–6 (2014).
58. Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J. Consult. Clin. Psychol.* **47**, 343–352 (1979).
59. HAMILTON, M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* **23**, 56–62 (1960).
60. Caillard, V. & Chastang, F. *Le geste suicidaire*. Elsevier Masson, Paris, 376p (2011).
61. Beck, A., Steer, R. & Brown, G. *Beck depression inventory-II*. Harcourt Assessment, San Antonio (1996).
62. Kuhlberg, J. A., Peña, J. B. & Zayas, L. H. Familism, parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent Latinas. *Child Psychiatry Hum. Dev.* **41**, 425–40 (2010).
63. Combalberta, N. & Feltrinb, M. Le suicide en milieu professionnel : réflexions sur l'intervention du psychologue. *Prat. Psychol.* **14**, 443–55 (2008).
64. Kraus, J. F., Schaffer, K., Chu, L. & Rice, T. Suicides at work: misclassification and prevention implications. *Int. J. Occup. Environ. Health* **11**, 246–53 (2005).
65. Feskanich, D. *et al.* Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J. Epidemiol. Community Health* **56**, 95–8 (2002).
66. Seo, D.-C. & Lee, C. G. The effect of perceived body weight on suicidal ideation among a representative sample of US adolescents. *J. Behav. Med.* **36**, 498–507 (2013).

67. Brausch, A. M. & Decker, K. M. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *J. Abnorm. Child Psychol.* **42**, 779–89 (2014).
68. Mandal, E. & Zalewska, K. [Psychological femininity and masculinity, self-appeal, attachment styles, coping styles and strategies of self-presentation among women with suicide attempts]. *Psychiatr. Pol.* **44**, 329–39 (2010).
69. Palazzolo, J., Favre, P., Julerot, J. M. & Bougerol, T. Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide. *Encephale.* **28**, 39–50 (2002).
70. Vera, L., Lavoisy, G., Khoubila, A., Thuile, J. & Rouillon, F. Application de la résolution de problème dans une unité de suicidants et suicidaires : premiers résultats auprès de 53 patients hospitalisés. *Ann. Médico-psychologiques, Rev. Psychiatr.* **167**, 375–379 (2009).
71. Linehan, M. M., Camper, P., Chiles, J. A., Strosahl, K. & Shearin, E. Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognit. Ther. Res.* **11**, 1–12 (1987).
72. Waite, P., McManus, F. & Shafran, R. Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* **43**, 1049–57 (2012).
73. Camart, N., André, C., Trybou, V. & Bourdel, M.-C. Évaluation des effets à court terme d'une thérapie cognitivo-comportementale de groupe dans la phobie sociale : résultats auprès de soixante patients. *Encephale.* **32**, 1011–1018 (2006).
74. Hooke, G. R. & Page, A. C. Predicting outcomes of group cognitive behavior therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behav. Modif.* **26**, 648–59 (2002).
75. Walker, R. L., Ashby, J., Hoskins, O. D. & Greene, F. N. Peer-support suicide prevention in a non-metropolitan U.S. community. *Adolescence* **44**, 335–46 (2009).

## Estime de soi et risque suicidaire

**Introduction:** Le suicide est un problème de santé publique majeur et l'estime de soi (ES) un concept qui prend de plus en plus de place dans notre société.

**Objectifs:** Analyser l'existence d'une corrélation entre ES et intentionnalité suicidaire indépendamment de la dépression, en recherchant les liens avec les différentes parts de l'ES (totale, générale, familiale, professionnelle, sociale). Puis évaluer si la faible ES est un facteur prédictif du risque suicidaire.

**Méthode:** Nous avons réalisé deux études rétrospectives au sein d'un service d'accueil des patients suicidants. La première (N=132) était transversale. Nous avons recherché les corrélations, sans et avec ajustement par la dépression, entre ES (échelle de Coopersmith (SEI)) et intentionnalité suicidaire. La seconde étude (N=42), comparait la réapparition d'idées ou de comportements suicidaires entre 2 groupes: ES très faible (SEI Total  $\leq 16$ ) et plus élevée (SEI Total  $\geq 33$ ).

**Résultats:** L'intentionnalité suicidaire était corrélée avec l'ES totale ( $r=-0.227, p=0.009$ ), sociale ( $r=-0.331, p<0.001$ ) et familiale ( $r=-0.260, p=0.003$ ). Ces corrélations restaient significatives après correction par la dépression. Dans la seconde étude, la réapparition d'idées ou de comportements suicidaires était plus élevée dans le groupe très faible ES comparé à celui ES plus élevée: odds ratio=3,37[0,59-19,16].

**Conclusion:** L'ES (totale, sociale, familiale) semble corrélée à l'intentionnalité suicidaire indépendamment de la dépression. La faible ES semble être un facteur prédictif de risque suicidaire avec une tendance à la significativité. Ces conclusions nous apportent des pistes de réflexion pour de futures stratégies de prévention du suicide.

**Mots clés :** estime de soi, risque suicidaire, intentionnalité suicidaire, prévention, dépression

---

## Self-esteem and suicide risk

**Introduction:** Suicide is a major Public Health concern and self-esteem is given growing interest in our society.

**Objectives:** To assess the correlation between self-esteem and suicidal intent, independently of depression, and to examine the relationship between the different dimensions of self-esteem (total, general, familial, professional and social). We also studied whether poor self-esteem was predictive of suicidal risk.

**Methods:** Two studies were conducted among a Suicide Prevention Department. The first one (N=132) was cross sectional. We sought for correlations (with and without adjusting for depression) between self-esteem (assessed with the Coopersmith scale (SEI)) and suicidal intent. The second study (N=42) compared the reappearance of ideation or suicidal behavior within the month following hospitalization, distinguishing two groups with low (SEI total  $\leq 16$ ) versus moderate (SEI total  $\geq 33$ ) self-esteem.

**Results:** Suicidal intent was correlated with total self-esteem ( $r=-0.227, p=0.009$ ), social self-esteem ( $r=-0.331, p<0.001$ ) and familial self-esteem ( $r=-0.260, p=0.003$ ). These results remained significant after adjusting for the level of depression. In the second study, reappearance of suicidal ideation or suicidal behavior was higher in subjects with low self-esteem (SEI  $\leq 16$ ) compared with better self-esteem (SEI  $\geq 33$ ): Odds ratio=3.37 [0.59-19.16].

**Conclusion:** Self-esteem (total, social and familial) is likely to be associated with suicidal intent, regardless of depression. Low self-esteem may be a predictive factor for suicidal risk, with a trend towards significance. These conclusions pave the way for future strategies of suicide prevention.

**Key words:** self-esteem, suicidal risk, suicidal intent, prevention, depression