

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

L'estime de soi chez les suicidants

-Etude clinique de 8 cas-

Réalisé par :

M^{elle} : MAOUCHE DAOUIA

Encadré par :

Dr: BAA SALIHA

Année universitaire : 2012-2013

Remerciements

On remercie le bon Dieu de nous avoir mis sur la voie du savoir et d'avoir

Préservé le peu qu'on connaît.

On remercie nos familles d'avoir fait de nous ce que nous sommes.

On remercie tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réussite de ce

Modeste travail

On remercie nos amis pour leur soutien (imane, nesrine, Katia, Nabil, Yacine,

Dalila, massilia, foufa).

On remercie tout le personnel de l'hôpital CHU Franz fanon Bejaia et un

Grand remerciement aux personnes qui ont participé à notre recherche.

On remercie tous les psychiatres surtout Dr Touati Karima et le chef de

Service Ms ferchouli abd el Kader

On remercie les membres du jury qui ont accepté d'examiner et de juger

Notre modeste travail.

Et un grand merci à notre promotrice pour sa patience et son esprit simple.

MERCI.

Dédicace

A mes très chers parents, pour votre amour, considération et confiance en moi,

Je ne cesserai jamais de vous remercier, je vous aime.

A la mémoire de mon très cher grand père, repose en paix pépé et à mes autres

Grands parents.

A mon grand cher et unique frère chérif.

A mes tantes et oncles surtout ma tante Lila.

A mes cousins,cousines.

A mes amis, nesrine, imane, Katia, Dalila, massisilia, foufa, Nabil, Yasmina,

Sarah, djidja, chahrazed, toukfa. A tous ceux qui me sont chers.

Au personnel de l'hôpital Franz fanon Bejaia service

Psychiatrie.

Au personnel du Centre de Psychiatrie et de toxicomanie d'ihhadaden.

A ma promotrice Dr Baa Saliha.

Ce travail est une part de ma reconnaissance envers eux.

«Daouia »

Sommaire

Introduction générale	p1
------------------------------------	----

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE.....

1.1 Définition	p5
1.1.1 Suicide	p6
1.1.2 Tentative de suicide	p7
1.1.3 Para-suicide	p8
1.2 Terminologie	p8
1.2.1 Le suicidé	p8
1.2.2 Suicidant	p8
1.2.3 Tentative de suicide(T S)	p8
1.2.4 Suicidaire	p8
1.2.5 Un primo suicidant	p8
1.2.6 Un multi suicidant	p8
1.2.7 La crise suicidaire	p8
1.2.8 Les idées suicidaires	p9
1.3 L’histoire du suicide : sujet tabou	p9
1.3.1 Le suicide de l’antiquité au moyen-âge	p9
1.3.2 La renaissance	p10
1.3.3 Le suicide à l’époque contemporaine	p11
1.4 Quelques notions épistémologies du suicide dans le monde	p12
1.5 Le suicide et la sociologie	p12
1.5.1 Exemples des types et facteurs favorisant le suicide selon Durkheim	p13
1.6 La pulsion suicidaire	p14
1.7 L’idéation suicidaire	p15
2.1 Les types du suicide	p16
2.1.1 Le type du suicide selon Joset et moreau de tours	p16

2.2 Les facteurs et antécédents du risque suicidaire	p19
2.2.1 Les facteurs de risques primaires	p19
2.2.2 Les facteurs de risques secondaires	p19
2.2.3 Les facteurs de risques tertiaires	p20
2.2.4 Les facteurs de vulnérabilités	p20
2.2.5 Les facteurs prédisposants	p20
2.2.6 Les facteurs contribuant	p20
2.2.7 Les facteurs précipitants	p21
2.2.8 Les facteurs de protection	p21
2.2.9 Les facteurs de risque individuel	p21
2.2.10 Facteur sociodémographiques	p22
2.2.11 Facteurs environnementaux	p23
2.2.12 Les facteurs familiaux	p23
2.2.13 Facteurs de risque psychologique et psychopathologique	p23
2.2.14 Les facteurs de risques comportementaux	p23
2.2.15 Les facteurs socio- économiques	p24
2.2.16 Le modèle dynamique temporel	p24
2.2.17 Une dynamique progrédiente en six temps	p24
2.2.18 Explication du schéma	p26
2.4 Les formes de suicide selon Freud	p29
2.5 La personnalité suicidaire	p30
2.5.1 Ambivalence	p30
2.5.2 Impulsivité	p30
2.5.3 Rigidité	p30
2.6 Les différentes Approches du suicide	p31
2.6.1 L'approche psychologique et psychanalytique du suicide	p31
2.6.2 l'Approche comportementale du suicide	p34
2.6.3 L'Approche cognitive de suicide	p35
2.6.4 L'Approche psychiatrique	p35
2.7 La prévention du suicide	p35
2.7.1 L'impossible prédiction du suicide	p35

2.7.2	La nécessaire prévention médicale	p36
-------	---	-----

CHAPITRE II : L'ESTIME DE SOI

1.1	Définition du concept de soi.....	p38
1.2	Definition de l'estime de soi.....	p39
1.3	La différence entre le concept de soi et celui d'estime de soi	p42
1.4	Les pilier de l'estime de soi.....	p42
1.4.1	L'amour de soi.....	p43
1.4.2	La vision de soi	p43
1.4.3	La confiance en soi	p43
1.4.4	La confiance en soi	p44
1.5	Les dimensions d'une bonne estime de soi	p44
1.5.1	Hauteur	p44
1.5.2	Harmonie	p45
1.5.3	Cout	p45
1.5.4	Stabilité	p46
1.5.5	Autonomie	p46
1.5.6	Non surinvestie	p46
1.6	Les symptômes de souffrance de l'estime de soi	p47
1.6.1	Obsession de soi	p47
1.6.2	Tension intérieure	p47
1.6.3	Sentiment de solitude	p47
1.6.4	Sentiment d'imposture	p47
1.6.5	Comportements inadéquats par rapport aux intérêts	p47
1.6.6	Tendance à l'auto aggravation lorsqu'on va mal	p48

1.6.7	Difficulté à demander de l'aide	p48
1.6.8	Tentation de négativisme	p48
1.6.9	Problèmes avec la remise en question	p48
2.1	Les caractéristiques de l'estime de soi	p49
2.1.1	Le trait de l'état de l'estime de soi	p49
2.1.2	Un construit global et multidimensionnel	p50
2.2	Que permet l'estime de soi ?	p51
2.3	L'influence de l'estime de soi sur la façon d'être	p51
2.4	Les différences interindividuelles de l'estime de soi	p52
2.5	Les caractéristiques d'une personne qui s'estime	p53
2.6	L'estime de soi et le suicide	p54

CHAPITRE III : LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1.	La problématique	p57
2.	Les hypothèses.....	p60
1.1	Définition des variables	p62
1.1.1	Le suicide	p62
1.1.2	Tentative de suicide	p62
1.1.3	L'estime de soi	p63
1.2	Opérationnalisation des variables	p63
1.2.1	Le suicide et tentative de suicide	p63
1.2.2	L'estime de soi	p63
2.1	La pré-enquête	p64
2.2	La présentation du lieu de la recherche	p65
2.3	La population d'étude	p65

2.3.1 La sélection des cas de notre étude	p66
2.4 Les outils utilisés	p67
2.4.1 l'entretien clinique semi directif	p67
2.4.2 Le guide d'entretien	p68
2.5 le test d'estime de soi de Cooper Smith(SEI)	p69
2.5.1 Les étapes d'analyse des résultats de test d'estime de soi	p70
2.6 La grille de correction	p71
2.6.1 Classement et interprétation	p73
2.7 Les niveaux de l'estime de soi	p73
2.8 Valeurs et caractéristiques des sous échelles	p74
2.8.1 Les conditions de déroulement	p74
2.8.2 Les étapes du déroulement	p75

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

1.1 Présentation et analyse des cas.....	p78
1.2 Présentation et analyse des résultats de l'entretien.....	p95
1.3 Présentation et analyse des résultats du test d'estime de soi.....	p99
1.4 Discussion des hypothèses.....	p101
Conclusion générale	p103

Bibliographie

Annexes

liste des tableaux

Liste des tableaux

Tableau 01 : les caractéristiques des cas de notre recherche.

Tableau 02 : les items positifs et négatifs de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi.

Tableau 03 : les sous échelles de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi.

Tableau 04 : la grille de correction.

Tableau 05 : les niveaux de l'estime de soi.

Tableau 06: les valeurs et caractéristiques des sous échelles.

Tableau 07 : résultat du test d'estime de soi de Samia

Tableau 08 : résultat du test d'estime de soi de Kahina.

Tableau 09 : résultat du test d'estime de soi de Lynda.

Tableau 10: résultat du test d'estime de soi d'Amira

Tableau 11 : résultats du test d'estime de soi de Kamel.

Tableau n 12 : résultat du test d'estime de soi de Fadela

Tableau 13 : résultats du test d'estime de soi de Samir.

Tableau 14 : résultats du test d'estime de soi de Rabiha.

Tableau 15 : répartition des sujets selon leurs attitudes envers leur tentative de suicide.

Tableau 16 : répartition des sujets selon leurs relations familiales.

Tableau 17 : répartition des sujets selon la qualité des relations sociales.

Tableau18 : résultats du test d'estime de soi (SEI).

Tableau 19 : répartition des cas en fonction de leur niveau d'estime de soi.

Introduction générale

Introduction générale

Si le suicide est un phénomène universel, retrouvé depuis l'antiquité, la mort par « suicide », du latin sui « de soi », et de caedere, « tuer » apparaît pour la première fois en 1752 sous la plume de l'abbé Desfontaines. Auparavant, on parlait de « meurtre de soi ».

Le petit Larousse définit le suicide comme « l'action de se donner la mort ». Pour l'OMS, il s'agit d'un « attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir ».

Les problèmes éthiques et religieux qu'il soulève, les innervations philosophiques sur le sens de la vie et de la mort sont anciennes mais toujours d'actualité.

Ses motivations psychologiques, psychopathologiques ou sociales, ses supports endogènes ou biologiques, ont été certes peu à peu dégagés et précisés, mais quel est le déterminisme profond et décisif du passage à l'acte suicidaire ? Pourquoi un individu donné ici et maintenant à un moment donné de son existence, en arrive à considérer que celle-ci ne mérite plus d'être vécue et met fin à ses jours ?

Le suicide lorsqu'il se réalise, est une tragédie qui provoque chez les proches, désarroi et culpabilité ; peut être n'a-t-on pas fait ce qu'il fallait pour éviter le drame ? Dans les relations plus lointaines, il suscite le plus souvent incompréhension, gêne et malaise.

L'ensemble de la population est touché par le phénomène suicidaire mais il se singularise suivant les tranches d'âge. Le risque suicidaire augmente avec l'âge, et c'est chez les personnes adultes que le taux de décès par suicide est le plus élevé.

L'âge adulte est celui des responsabilités personnelles, de l'affirmation, de la construction, et de la réussite mais aussi de la confrontation à l'échec.

A différents moments de la vie, quand on est adulte on peut parfois « perdre pied », se sentir dévalorisé, « seul » et sans recours face à des situations traumatisantes.

Bien que le suicide ne s'explique jamais par une seule cause, un fait particulier peut jouer le rôle de « déclencheur ».

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimés et appréciés, de nous sentir compétents. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. Porter un regard

positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne nécessaire pour faire face aux difficultés de la vie.

Un jugement négatif, par contre, entraîne des souffrances pouvant avoir des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et sur l'efficacité de ses actions. Cela peut être un élément déclencheur de passage à l'acte.

Pour aborder notre recherche, nous avons réparti notre travail en deux parties; une partie théorique et une partie pratique afin de répondre à nos questions et de vérifier nos hypothèses de recherche.

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres qui sont les suivants :

Chapitre I : on va aborder le suicide et la tentative de suicide.

Chapitre II : on va aborder l'estime de soi.

Chapitre III : la problématique et les hypothèses.

La deuxième partie est subdivisée à son tour en deux chapitres :

Chapitre IV : consacré à la méthodologie de recherche

Chapitre V : présentation, analyse et discussion des résultats et des hypothèses.

A la fin de notre travail de recherche on va terminer avec une conclusion générale.

Partie théorique

CHAPITRE I

SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE

Introduction :

Le suicide et la tentative de suicide sont connus depuis le début de l'humanité, néanmoins certains aspects restent une énigme non résolue.

C'est un phénomène qu'on rencontre dans presque toutes les sociétés. Son importance ne peut être fixée avec précision, car il est souvent difficile d'établir l'intention auto destructrice dans certains cas de mort, d'autant plus que cette intention est souvent cachée par le sujet lui-même ou par son entourage pour des raisons religieuses et familiales. Le suicide est devenu beaucoup plus fréquent qu'autrefois chez les adultes.

Ce phénomène suicidaire a pris des proportions inquiétantes, c'est souvent devant l'échec, l'impossibilité de s'insérer socialement et professionnellement que le jeune adulte va se suicider, confirmant la phrase de l'écrivain Drieu la Rochelle : « le suicide est un acte, l'acte de ceux qui n'ont pu en accomplir d'autre » (le feu follet).

Dans ce chapitre on va commencer par définir le suicide et la tentative de suicide et parler de son histoire, la sociologie et le suicide, les types du suicide, le suicide selon Freud, les phases du suicide, ensuite présentée les différents points de vues des approches et finir par la prévention du suicide.

1.1 Définition :

Tout acte de suicide se définit au sens strict du terme comme l'expression d'une volonté délibérée de mettre fin à ses jours. Son issue est ou non fatale, ce qui conduit à distinguer le suicide abouti : acte mortel par lequel son auteur devient à titre posthume, un suicidé, et la tentative de suicide (ts) : acte non mortel faisant du rescapé un suicidant et le projet d'en finir avec la vie, ce qui conduit à dénommer suicidaire l'individu animé d'une telle idée. (Mouquet MC, et Bellamy V., 2006, p8).

On désigne sous les termes « d'équivalent suicidaire », de « conduite suicidaire », ou de « conduite dangereuse », des comportements qui par leur nature mettent en péril la vie du sujet ou son intégrité physique, sans que le désir ou la volonté de se donner la mort soient conscients. Ces équivalents suicidaires peuvent dans certains cas être rapprochés des tentatives de suicide. (Jouglé E. et Coll., 2002, p49-62)

De diagnostic toujours rétrospectif, le suicide a été une tentative de suicide et la tentative de suicide porte une part de suicide.

1.1.1 Suicide :

- D'un point de vue étymologique, le mot suicide vient de « sui » (soi) et « coedere » (tuer). Le fait de dire dans le langage « se suicider » est donc un pléonasme, qui renforce l'idée que l'acte est tourné vers soi. En France, il est utilisé pour la première fois par l'abbé Desfontaines en 1737. (Dictionnaire de Trévoux, (1704-1771), p400).

- Action de causer volontairement sa propre mort (ou de le tenter), pour échapper à une situation psychologique intolérable, lorsque cet acte, dans l'esprit de la personne qui le commet, doit entraîner à coup sûr la mort. (micro R., p1028)

- Durkheim avait défini le suicide comme « un cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte accompli par la victime elle-même et qu'elle savait produire ce résultat. » on a parfois fait la distinction entre la cause immédiate, Celle de se détruire soi-même et des causes secondaires par exemple idéologiques dans le cas des avions-suicides (kamikazes). Condamné par l'église qui le considère comme un péché graves, il est considéré tantôt comme un acte de lâcheté tantôt comme un acte de courage. (Quillet, 1674, p222).

- En 1946, DESHAIES G. décrit le suicide comme « l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente, en prenant la mort comme un moyen ou comme une fin ». (DESHAIES G., 1952, p41).

- Plus récemment en 1975, Baechler J. définit le suicide comme « tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet ». Le terme de « comportement » est préféré à celui « d'acte » car il est rare, précise-t-il, que l'acte se limite au moment où il s'accomplit ». (Baechler J., 1975, p 650).

- La classification internationale des maladies (CIM), Le définit comme « tout acte d'issue fatale posé volontairement dans l'intention de se donner la mort ».

- Depuis 1988 pour l'organisation mondiale de la santé, le suicide est « un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changements désirés ».(OMS, 2001, p 6).

- Il est aussi définie comme un Acte de se donner soi-même la mort. Le suicide est soit un acte rationnel exécuté en fonction de considération morales, sociales, religieuses,

philosophiques ou personnelles, soit au contraire un acte pathologique survenant alors au cours de l'évolution de diverses affections mentales (dépression délire chronique, démence, confusion) (Blosch H. et al. 1999, p 911)

- « Le suicide est acte par lequel le sujet met sa vie en jeu et la prise en compte de l'intentionnalité du geste pose le problème de la définition du suicide. Soit l'on considère tout acte d'autodestruction quelque soit le degré de la conscience qui l'anime, soit l'on se limite aux comportements ou existe une intention délibérée de mourir » (Lemperière T., 2000, p3)

- Les décès par suicide sont souvent caractérisés par la dénomination « suicide complété » dans le vocabulaire de la recherche contemporaine en suicidologie. On utilise parfois le mot « suicide » tout cours pour référer aux personnes décédées par suicide. On définit habituellement une mort par suicide ou « suicide complété » comme étant une mort intentionnelle causée par soi-même (Brian Mishana Tonsignant, 2004, p32).

- Le suicide action de se donner soi-même la mort, volontairement, le plus souvent pour se libérer d'une situation devenue intolérable. par exemple, la privation de la liberté par suite d'un emprisonnement est très anxiogène, ce qui explique le taux élevé de suicides en prison (six fois plus qu'à l'extérieur) et plus encore au quartier disciplinaire, encore appelé « mitard » (sept fois supérieur à celui du reste de la détention, selon bourgoin, in ed 1999). (Sillamy N., 2003, p258)

1.1.2 Tentative de suicide :

- Les tentatives de suicides sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort. les tentatives de suicides varient en intensité, et vont, par exemple, de la « tentative de grave » d'une personne qui se tue une balle dans la tête et qui survit au blessures, jusqu'aux tentatives dites parfois « mineuses », par exemple, une personne qui se coupe un peu les veines que cela cause des dommages importants, ou encore une personne qui prend une overdose de quelques comprimés d'un médicament. (Brian Mishana Tonsignant., 2004, p33).

- En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit la tentative de suicide comme un « un acte à l'issue non mortelle dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure, aux doses thérapeutiques prescrites ou généralement admises, et qui vise à causer des changements désirés par

l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues ». (INSERM, J LIBBEY, 2001, p446).

- Pour MARCELLID D ET BARACONNIER A, la tentative de suicide est « l'échec d'un suicide quelle que soit la cause de cet échec ». (Marcellid D,et Barconnier A, 1992 p 567).

1.1.3 Para-suicide : Ce terme a été défini par Dieskstre ET Gutlbinat en 1993 comme étant :

« Un acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui causera des dommages auto infligés ; ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire ». (Anusaksathien N, 2011., p 13).

1.2 Terminologie :

1.2.1 Le suicidé : est donc une personne dont le geste a eu une issue fatale.

1.2.2 Suicidant : dont le geste n'a pas eu d'issue fatale et qui a survécu.

1.2.3 Tentative de suicide(T S) : représente un passage à l'acte non fatal du suicidant.

1.2.4 Suicidaire : S'applique lorsqu'il existe un risque de recours au suicide, les idées suicidaires représentent la conceptualisation et l'élaboration du suicide par la verbalisation ou le comportement. Plus que la notion de geste suicidaire, la notion de comportement suicidaire s'inscrit dans l'histoire du sujet.

1.2.5 Un primo suicidant : Une personne qui n'a jamais eu d'antécédent de tentative de suicide et qui passe à l'acte pour la première fois.

1.2.6 Un multi suicidant : Une personne qui a des antécédents de tentative(s) de suicide.

1.2.7 La crise suicidaire :

Est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, ou celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes ; le suicide apparait alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen, face à sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise. (kahn.J P et al., « www.anaes.fr »)

1.2.8 Les idées suicidaires :

C'est-à-dire la fréquence et la répartition dans la population de pensées tournant autour du suicide (idées, impulsions, tentations, décisions, plans, formulés ou non). Ces données ne peuvent s'obtenir que par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en population générale. On parle d'idéation suicidaire et de personnes suicidaires. (Roussille B, 2001, p11).

1.3 L'histoire du suicide : sujet tabou

Le suicide est un sujet qui est de plus en plus abordé. Cependant, il reste encore relativement tabou. Ce phénomène n'a jamais laissé indifférent les hommes et a toujours été un sujet de controverse.

1.3.1 Le suicide de l'antiquité au moyen-âge :

Durant l'antiquité, la société grecque interdisait toute sépulture à un mort par suicide et l'enterrait en-dehors de la cité. Les principales raisons pour se donner la mort durant l'antiquité étaient le mépris de la vie, la fuite des maux associés à l'âge, la dévolution à la patrie.

Plusieurs textes de penseurs grecs défendent le suicide et admettent qu'il peut s'agir d'une solution lorsque la dignité de la personne est en cause.

La mort de Socrate posera de grandes questions sur les aspects éthiques du suicide.

Rappelons que celui-ci s'est donné la mort en buvant la cigüe pour protéger son honneur au moment où il était menacé de peine de mort.

Pourtant Socrate, tout comme Platon ou Aristote, défend l'idée que la vie appartient aux dieux et que le suicide est condamnable. Cette idée sera également celle de l'église.

Dès le moyen-âge, l'église catholique adopta une position très ferme en interdisant le suicide. Pour justifier cette décision, l'évêque saint-augustin reprit le cinquième commandement de moïse « tu ne tueras point ». toute vie humaine appartenant à dieu, c'était un crime, un péché de la supprimer. saint-augustin condamna sans exception toute personne qui se donna la mort volontairement.

Lors des entretiens effectués, cette notion s'est également retrouvée. les personnes rencontrées ont souvent été confrontées à des situations où le suicide était caché.

Le christianisme développera une position de refus face au suicide mais émettra tout de même des réserves. C'est-à-dire qu'il n'excusera que des cas particuliers, par exemple en cas de folie d'un individu et pour autant que sa conduite ait été irréprochable avant sa mort.

A la fin du moyen-âge saint thomas reprendra le débat et évoquera dans sa somme théologique les arguments pour et les arguments contre le suicide. sa conclusion sera sans appel : le suicide est un crime contre la nature et surtout contre dieu qui est le propriétaire de nos vies.

Les grandes religions de l'histoire de l'humanité condamnent également le suicide les religions condamnent la pratique du meurtre et c'est en regard de cela qu'elles sont contre le meurtre de soi-même.

Par exemple l'islam a été la religion qui a été le plus sévère à ce sujet. Cette fermeté ne laisse pas de doute et le faible taux de suicide dans les pays islamiques démontre son importance. (Micro N, 1987., p1028).

1.3.2 La renaissance

Minois G. souligne l'importance déterminante de la contestation des valeurs traditionnelles : sociales, avec la montée de l'individualisme ; religieuses, avec l'interrogation suscitée par protestantisme ; scientifiques, avec la remise en cause des dogmes cosmologiques, géographiques etc. (Anusaksathein N, 2011.p16).

L'immixtion du suicide dans la pensée de la renaissance se fait sans remise en question directe de la morale chrétienne, qui ne montre pas de tendance à l'assouplissement. Cependant, au travers de l'interrogation intellectuelle, le caractère condamnable et aberrant du suicide vacille.

1.3.3 Le suicide à l'époque contemporaine :

Si le suicide pose le problème de liberté de chacun, il est curieux qu'il n'ait pas suscité autant de controverses que dans la philosophie contemporaine. Le problème du suicide n'a pas été absent mais ne semble pas prioritaire aux yeux des philosophes et semble davantage

préoccuper les écrivains. Albert Camus, dans son essai sur le mythe de Sisyphe, avait déclaré que le suicide était un problème fondamental et qu'il amenait à poser le problème du sens de la vie. Bien que, selon lui, l'absence de sens à la vie ne justifie pas un tel acte.

D'un point de vue sociologique, l'élément marquant a été le livre « le suicide », du sociologue Durkheim. La problématique du suicide a été abordée bien avant lui, mais Durkheim ouvre une nouvelle approche. Selon lui le suicide est une conduite et un fait social produits par des forces sociales qui dépassent l'individu. (Durkheim E., 1967 p462).

L'approche psychanalytique est également intéressante. Le récit le plus approfondi sur le sujet a été établi par Karl Menninger, célèbre psychiatre américain, dans son livre « man against himself », publié en 1938. Sa conclusion est le prolongement de la pensée freudienne (Freud pense que le suicide est le résultat de l'instinct de mort ou de la tendance à l'autodestruction de l'être humain). Karl Menninger tend à dire que cette tendance suicidaire se retrouve à divers degrés dans différents comportements et états pathologiques. Voici des exemples : la psychose est en réalité une maladie où la personne, par déni, refuse la réalité du monde. L'alcoolisme serait un geste d'autopunition pour ôter sa culpabilité engendrée par des gestes agressifs et calmer sa souffrance morale. Enfin, les gestes d'automutilation seraient les formes les plus visibles de ce désir de se donner la mort.

Certains auteurs voient en la mort l'expression du désir d'une réunion narcissique sur le plan des fantasmes, une espèce de fuite en avant à la recherche d'un paradis perdu. (Menninger K., 1938., p441).

1.4 Quelques notions épidémiologiques du suicide dans le monde

Le suicide et la tentative de suicide constituent de nos jours un problème majeur de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il est de nos jours à l'origine de près de la moitié de tous les morts violents. Si l'on s'en tient aux données fournies par les pays qui acceptent de se plier au protocole de l'OMS, on observe de grandes différences puisque les taux de suicide varient considérablement d'un pays à un autre (BATT, CAMPOEN, LEGUEY et coll. 2007). Les taux plus élevés sont observés en Europe orientale. Inversement, c'est principalement en Amérique latine que sont relevés les taux les plus faibles, en Europe occidentale, en Amérique du Nord ou encore dans certaines régions d'Asie, les taux se situent entre ces deux extrêmes. (BATT A, 2007. P37).

1.5 Le suicide et la sociologie :

Emile Durkheim, il a consacré en 1897 une étude exhaustive au suicide estimant que cet acte à première vue intime par excellence, s'avérait en réalité un fait social, c'est à-dire consécutif à l'évolution de la société.

Il discriminait alors trois formes majeurs de suicide : le suicide égoïste, le suicide anémique, le suicide altruisme, ainsi qu'une quatrième, moins importante, le suicide fataliste (suicide d'esclave ou de jeune hommes trop mariés par exemple :

- **Le suicide égoïste** : il touche des individus qui se trouvent livrés à des désirs infinis, qui s'enlèvent la vie lorsqu'une force extérieure ne les conduit pas à la modération, c'est à-dire lorsque l'intégration au groupe social s'affaiblit ;
- **Le suicide altruiste** est caractéristique d'un individu si fortement insérés et confondus avec leur groupe d'appartenance comme les militaires qu'ils sont incapables de résister à un coup du sort
- **Le suicide anémique** constitue pour Durkheim la catégorie privilégié de suicide du monde dont il est le contemporain. il advient lorsqu'il existe un dérèglement social qui se répercute directement sur le volume de suicides.

L'anomie a été définie par Durkheim comme un phénomène régulier et spécifique des sociétés modernes, dans la mesure où elle s'explique par un délitement de la coutume qui n'encadre plus étroitement l'activité sociale. Puisque les forces intégratives se délitent, les individus ne peuvent plus limiter leurs désirs, et en viennent à vouloir supprimer cette vie dont ils attendent trop. (Morasz L., 2008, p 47)

1.5.1 Exemples des types et facteurs favorisant le suicide selon Durkheim :

- **Le suicide égoïste** (qui résulte d'une individualisation démesurée)

Etat égoïste c'est l'état où le moi individuel s'affirme avec excès en face du moi social et aux dépens de ce dernier

- Les mariages trop précoces ont une influence aggravante sur le suicide surtout chez les hommes.

- A partir de 20ans, les mariés des deux sexes bénéficient d'un coefficient de préservation par rapport aux célibataires.
- Le coefficient de préservation des mariées par rapport aux célibataires varie avec les sexes
- Le veuvage diminue le coefficient des époux des deux sexes, mais le plus souvent, il ne le supprime pas complètement.
- Les enfants rattachent le veuf à la vie.
- La société conjugale nuit à la femme et aggrave sa tendance au suicide.

• **Le suicide altruiste** (qui résulte d'un traditionalisme démesuré)

Etat altruiste = état où le moi ne s'appartient pas, ou il se confond avec autre chose qui lui-même, ou que le pôle de sa conduite est situé en dehors de lui, à savoir dans un des groupes dont il fait partie.

- Le coefficient d'aggravation du suicide militaire est d'autant plus élevé que l'ensemble de la population civile a un moindre penchant au suicide
- Les troupes d'élite sont celles où le coefficient d'aggravation du suicide est le plus élevé.

• **Le suicide anémique** (qui résulte de la dysharmonie entre les besoins individuels et les moyens de la société)

Anomie = perturbation de l'ordre collectif, rupture d'équilibre

- Le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu (sociétés religieuses, domestiques, politiques).
- Le mariage favorise d'autant plus la femme au point de vue du suicide que le divorce est plus pratiqué, et inversement.
- L'accroissement des misères augmente le taux de suicides.
- L'accroissement de la prospérité augmente le taux de suicides.
- La pauvreté protège du suicide.

Les premières critiques constructives de l'ouvrage de Durkheim sur le suicide sont venues, d'Halbwachs en 1930, qui lui reprochait de n'avoir abordé que la question « des suicides réussis » en occultant tout le pan des tentatives de suicides, fort important pour comprendre la problématique suicidaire. Après Halbwachs, une critique méthodologique forte et intéressante est revenue à Jack D. Douglas (1967), qui estimait que pour analyser le suicide, il fallait mener une

enquête biographique au cas par cas, en recherchant exactement à chaque fois les motifs précis qui ont conduit à la mort volontaire. la technique de la monographie c'est-à-dire du récit du cas telle que l'avait utilisée peuchet dans son ouvrage précurseur, et qu'avait gommée Marx dans sa traduction ,s'avérait donc indispensable pour penser la problématique suicidaire.

La force de l'études de Durkheim sur le suicide est tout de même de l'avoir pensé comme le résultat d'une interaction entre sujet ,groupes familiaux et sociaux et contextes économique et politique, à une époque où la psychologie était rivée sur l'individu et lui seul .sa sociologie présente toutefois l'imperfection de ne s'en tenir qu'au contexte du suicide l'anomie que nous appellerions plutôt aujourd'hui ,pour reprendre la terminologie de kaés, le défaut d'étayage externe ou de contenance interne ,ce d'autant que Durkheim a été le premier scientifique à avoir défini le groupe comme détenteur d'un psychisme.(ibid.p48 49)

1.6 La pulsion suicidaire :

La pulsion de suicide n'existe pas, l'expression du « meurtre de soi même ».pour Freud suicidaire « suit » celui qui vient de perdre ; la mort de l'autre est fascinante : »à l'égard du mort –lui-même nous avons un comportement particulier qui ressemble presque à l'admiration témoignée à celui qui réussi quelque chose de très difficile ».

Nous vivons un total effondrement quand la mort a frappé un de nos proches. Nous enterrons avec lui nos esprits, nos exigences, nos jouissances, nous ne nous laissons pas consoler, et nous nous refusons à remplacer celui que nous avons perdu. Nous nous comportons comme une sorte d'asra, ces êtres qui suivent dans la mort ceux qu'ils aiment ».

Ainsi, le raisonnement est le suivant : je ne peux pas mourir de toute façon par contre, il faut que l'être que je viens de perdre continue à vivre. Je vais alors lui prêter ma vie afin qu'il continue à vivre dans l'au-delà. S. Freud, des années plus tard, maintiendra cette conception. Le suicide est le produit d'un acte du sujet conscient auquel s'ajoute la force d'une pulsion meurtrière inconsciente d'une « puissance inégalée » : « peut-être personne ne trouve l'énergie psychique pour se tuer si premièrement s'il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne par là contre lui-même un désir de mort qu'était dirigé contre une autre personne ».

S. Freud semble ambivalent quant à la religion « ne devons-nous pas convenir qu'avec notre attitude de civilisé à l'égard de la mort nous avons, une fois encore, vécu

psychologiquement au-dessus de nos moyens. Ne vaudrait-il pas mieux faire à la mort, dans la réalité et dans nos pensées, la place qui lui revient et laisser un peu plus se manifester notre attitude inconsciente à l'égard de la mort, que nous avons jusqu'à présent si soigneusement réprimé. Cela présente l'avantage de mieux tenir compte.

De la vraisemblance et de nous rendre la vie de nouveau plus supportable. Supportable. Supporter la vie reste bien le premier devoir de tous les vivants. L'illusion perd toute valeur quand elle nous en empêche. Si tu veux supporter la vie, organise-toi-pour la mort ».

S'organiser pour la mort, contrairement à un appel au suicide, est un plaidoyer pour supporter la vie. Ce que S. Freud fera, durant de nombreuses années, dans la douleur, une fois le cancer déclenché. Il propose de faire une place à la mort, une signification vide de représentation. Nous avons évoqué l'évolution de sa théorie sur une quinzaine d'années, en s'appuyant sur les textes psychopathologie de la vie quotidienne qui traite des rapport entre actes manqués, accident inopinés, suicide et désirs inconscients ainsi que les écrits évoquant l'éventuelle interaction entre le suicide et l'école(Freud.S, 2001, p32-33).

1.7L'idéation suicidaire

Une personne est considérée avoir des idéations suicidaires quand elle pense à se tuer. La grande majorité des êtres humains ont pensé à un moment ou l'autre de leur vie qu'il serait « préférable de mourir que de vivre une situation difficile »ou encor qu'il serait « possible de mettre fin à la souffrance en se suicidant » ; il semble donc naturel et normal de penser au suicide à un moment donné, Cependant les recherches sur les idéations suicidaires mettent l'accent sur les « idéalizations sérieuses ».lorsqu'on demande aux gens s'ils ont « pensé sérieusement au suicide »lors des 12 derniers mois, les enquêtes sociales indiquent qu'environ 4% répondent positivement à cette question. On voit que pour chaque personne qui fait une tentative de suicide il existe plusieurs individus qui pensent sérieusement à s'enlever la vie. Evidemment la grande majorité d'entre eux trouvent d'autres solutions à leurs problèmes ou au moins acceptent de vivre avec leurs difficultés sans faire de tentative de suicide. En soi, le fait de penser sérieusement au suicide n'implique pas qu'un individu soit à risque de s'enlever la vie. Cependant, puisque l'idéation suicidaire est toujours présente avant une tentative de suicide ou un suicide complété (il faut par définition penser sérieusement au suicide pour être capable de faire intentionnellement un geste suicidaire), elle peut être considérée comme le signal d'une possibilité de se tuer. Les personnes qui couvrent dans le domaine de la

prévention du suicide suggèrent donc de prendre toute expression de l'idéation suicidaire au sérieux et de poser des questions directes afin d'obtenir d'autres informations pour déterminer jusqu'à quel point le risque suicidaire est élevé. (Mishana B. et Tousignant M., 2004, p37).

Il est habituel de distinguer les idées de suicide, des intentions de suicidaires, lorsque la qualité de la structure familiale ou de l'entourage est insuffisante à contenir de telles idées. On peut alors assister au glissement vers une intention suicidaire lors de n'importe quel événement difficile de l'existence, qu'il le soit objectivement ou non : »l'inconscient n'attend que des prétextes pour réaliser des intentions y compris des « intentions suicidaires semi-conscientes ».celles-ci s'expriment alors la forme de mutilations volontaires ou d'un malheur accidentel, tel un compromis entre la tendance à se détruire et les forces qui s'y opposent ». (vedrinne.J , Weber.CH,2000,p11).

Section 02 : Les types, facteurs, et différentes approches du suicide

2.1 Les types du suicide

2.1.2 Le type du suicide selon Joset et Moreau de Tours

a) Le suicide manique

Il est de soit à des hallucinations, soit à des conceptions délirantes. Le malade se tue pour échapper à un danger, à une honte imaginaire ou pour obéir à un ordre mystérieux qu'il a reçu d'en haut. Mais les motifs de ce suicide et son mode d'évaluation reflètent les caractères généraux de la maladie dont il dérive, à savoir la manie. Ce qui distingue cette affection, c'est son extrême mobilité. Les idées les sentiments des plus divers et même les plus contradictoires se succèdent avec une extraordinaire vitesse dans l'esprit des maniques.

Il en est de même des mobiles qui déterminent le suicide manique : ils naissent, disparaissent ou se transforment avec une étonnante rapidité. Tout à coup, l'hallucination ou le délire qui décident le sujet à se détruire apparaissent, la tentative de suicide en résulte ; puis, en un instant, la scène change et, si l'essai avorte, il n'est pas repris, du moins pour le moment. S'il se produit plus tardive, ce sera pour un autre motif l'incident le plus insignifiant peut amener de ces brusques transformations. (Un malade genre, voulant mettre fin à ses jours, s'était jeté dans une rivière généralement peu profonde. il était à chercher d'un endroit où la submersion fut possible, l'orsqu'un douanier, soupçonnant son dessein, le couche en

joue et menace de faire de son fusil s'il ne sort pas de l'eau aussitôt, notre homme s'en retourne paisiblement chez lui, ne songeant plus à se tuer). (Durkheim E. 1897., p28)

b) Le suicide mélancolique

Il est lié à un état général d'extrême dépression, de tristesse exagérée qui fait que le malade n'apprécie plus sainement les rapports qu'ont avec lui les personnes et les choses qui l'entourent. Les plaisirs pour lui n'ont aucun attrait, il voit tout en noir, la vie lui semble ennuyeuse ou douloureuse. Comme ces dispositions sont constantes, il en est de même des idées de suicide elles sont douées d'une grande fixité et les motifs généraux qui les déterminent sont toujours sensiblement les mêmes.

Souvent, sur ce désespoir général, viennent greffer des hallucinations et des idées délirantes qui mènent directement au suicide seulement, elles ne sont pas mobiles comme celles observées chez les maniaques, elles sont fixes, au contraire comme l'état général dont elles dérivent. Les craintes qui hantent le sujet, les reproches qu'il se fait, les chagrins qu'il ressent sont toujours les mêmes.

Si donc ce suicide est déterminé par des raisons imaginaires tout comme le précédent, il s'en distingue par son caractère chronique. Les malades de cette catégorie préparent avec calme leur moyens d'exécution ; ils déploient même dans la poursuite de leur but une persévérance et, parfois, une astuce incroyable. Rien ne ressemble moins à cet esprit de suite que la perpétuelle instabilité du maniaque. Chez l'un, il n'y a que des bouffées passagères, sans causes durables, tandis que, chez l'autre il ya un état constant qui est lié au caractère général du sujet. (Ibid, p 28,29)

c) Suicide obsessionnel

Dans ce cas, le suicide n'est causé par aucun motif, ni réel ni imaginaire, mais seulement par l'idée fixe de la mort qui sans raison représentable, s'est emparée souverainement de l'esprit du malade. Celui-ci est obsédé par le désir de se tuer, quoi qu'il sache parfaitement qu'il n'a aucun motif raisonnable de le faire. C'est un besoin instinctif sur lequel la réflexion et le raisonnement n'ont pas d'empire, analogue à ces besoins de voler, de tuer, d'incendier dont on a voulu faire autant de monomanies. (Durkheim. 1897 p 29)

Comme le sujet se rend compte du caractère absurde de son envie, il essaie d'abord de lutter, mais tout le temps que dure cette résistance, il est triste, oppressé et ressent au creux épigastriques une anxiété qui augmente chaque jour. Pour cette raison, on a quelque fois donné à ce genre de suicide le nom anxieux. Mais dès que le malade a pris le parti de renoncer à la lutte, dès qu'il est résolu à se tuer, cette anxiété cesse et le calme revient. Si la tentative avorte, elle suffit parfois, quoique manquée, à apaiser pour un temps ce désir maladif, on dirait que le sujet a passé son envie. (Ibid., p 29).

d) Suicide impulsif ou automatique

Il n'est pas plus motivé que le précédent, il n'a aucune raison d'être ni dans la réalité ni dans l'imagination du malade. Seulement, au lieu d'être produit pendant un temps plus ou moins long et qui ne s'empare que progressivement de la volonté, il résulte d'une impulsion brusque et immédiatement irrésistible. En un clin d'œil, elle surgit et suscite l'acte ou tout au moins, un commencement d'exécution.

Cette soudaineté rappelle ce que nous avons observé dans la manie, seulement le suicide maniaque a toujours quelques raisons quoique déraisonnables. Il tient aux conceptions délirantes du sujet. Ici au contraire, le penchant au suicide éclate et produit ses effets avec un véritable automatisme sans être précédé par aucun antécédent intellectuel. La vue d'un couteau, la promenade sur le bord d'un précipice font naître instantanément l'idée du suicide et l'acte suit avec une telle rapidité que souvent, les malades n'ont pas conscience de ce qui s'est passé.

A un moindre degré, les malades sentent l'impulsion naître et ils réussissent à échapper à la fascination qu'exerce sur eux l'instrument de mort, en fuyant immédiatement. (ibid. p29, 30).

2.2 Les facteurs et antécédents du risque suicidaire

On appelle, facteur de risque un facteur qui a été mis en relation statistique avec la survenue d'un suicide, au niveau d'une population donnée. Il ne s'agit donc en aucun cas, d'un facteur individuel. Les facteurs de risque suicidaire sont en interaction les uns avec les autres et l'importance de leur effet va dépendre de la présence ou de l'absence d'autres facteurs.

On peut désigner entre les facteurs suivants :

2.2.1 Les facteurs de risque primaires :

Les facteurs primaires ont une valeur d'alerte importante, au niveau individuel, ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques

- les troubles psychiatriques (état mélancolique, état dépressif, démence, schizophrénie) ;
- les antécédents familiaux et personnels de suicide et tentative de suicide ;
- la communication à autrui d'une intention suicidaire, l'existence d'une impulsivité, facilitant le risque de passage à l'acte. (Walter M. et Al., 1999,p49).

2.2.2 Les facteurs de risque secondaire

Les facteurs secondaires sont observables dans la population générale. Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires.ils ne sont que faiblement modifiable par les thérapeutiques ce sont :

- les pertes parentales précoces ;
- l'isolement social : séparation, divorce veuvage ;
- le chômage ou l'existence d'importants facteurs financiers ;
- les « événements de la vie »négatifs sévères. (Ibid, p50).

2.2.3 Les facteurs de risques tertiaires

Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés, ce sont :

- l'appartenance au sexe masculin
 - l'âge, en particulier l'adolescence et la sénescence
 - certaines périodes de vulnérabilité (phase prémenstruelle chez la femme, période estivale...).
- (Walter M, et Al, 1999, p51)

2.2.4 Les facteurs de vulnérabilité

On appelle « facteur de vulnérabilité » des éléments majorant les facteurs de risque précédemment décrits et pouvant contribuer, dans certaines circonstances, à favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de facteurs précipitant. Il s'agit (d'événements de la biographie passée, survenus souvent au cours des pertes parentales précoces, de carences affectives, de violence de maltraitance ou de services...) (Ibid, p52)

2.2.5 Les facteurs prédisposant

Il s'agit des facteurs susceptibles d'augmenter la vulnérabilité d'une personne au regard des actes suicidaires (white et jodoin,1998). Reliés à l'histoire de la vie de la personne, ces facteurs créent chez elle un état de fragilité avant même qu'un événement ne vient perturber son état d'équilibre (msss,2006) exemple : un ou plusieurs tentatives de suicide, problème de santé mentale, dépendance à l'alcool ou aux drogues, traits de personnalité(anxiété, sentiment de perte de contrôle faible estime de soi,) problème de santé mentale dans la famille, isolement, taux élevé de chômage dans le milieu fréquenté, préjugés par rapport aux différences.(Flamet.F.,2007,p10)

2.2.6 Les facteurs contribuant

Les facteurs contributifs se rapportent aux comportements ou aux événements qui accentuent le niveau de risque de suicide déjà présent.ils sont susceptibles d'exacerber le risque de suicide(white et jodoin, 1998).l'abus de substances de toute sortes, l'instabilité familiale, le manque de ressources dans le milieu immédiat et éloigné au moment où la personne est engagée dans un processus suicidaire en sont des exemples(agence de la santé et des services sociaux des Laurentides,2006)d'autres exemples de facteurs contributifs sont le fait de vivre seul, abus de substance ,isolement, conflits dans la famille ou le travail, instance de divorce, deuil récent , instabilité économique, manque de continuité dans les soins,(Ibid p11)

2.2.7 Les facteurs précipitants

Les facteurs précipitants agissent comme des déclencheurs pour des personnes vulnérables au suicide et enclines aux comportements suicidaires. En effet, ce sont des événements ponctuels susceptibles d'augmenter la perception de vulnérabilité de la personne et qui peuvent ainsi précipiter le passage à l'acte. Dans les faits, il peut s'agir autant d'un

événement majeur que d'un événement mineur, qui constituera la « goutte qui fait déborder le vase ». Exemple rupture amoureuse, perte d'un emploi, échec professionnel, conflit avec la justice, difficultés financières (Laflamme F, 2007, p12)

2.2.8 Les facteurs de protection

Quant aux facteurs de protection, ils concernent les caractéristiques biopsychosociales qui augmentent la capacité d'une personne à faire face aux situations difficiles de la vie. il élargissent l'éventail des autres solutions dont elle dispose pour faire face à l'adversité (white et jodoin,1998).exemples de facteur de protection :connaissance et confiance en soi, bon état de santé physique et psychologique, capacité de demander de l'aide, relations harmonieuses avec la famille et l'entourage dialogue dans le milieu familial, modèle d'entraide, stabilité et disponibilité du milieu familial, bon réseau d'amis, valorisation de la vie dans le milieu, programme de prévention du suicide dans la communauté.(Ibid,p13).

2.2.9 Les facteurs de risque individuel

- Sexe : 2 à 3 hommes pour une femme.
- Age : deux pics 15-24ans et les sujets âgés en particulier en ce qui concerne les hommes
- Statut marital : les célibataires jamais mariés sont les sujets ayant le taux de suicide le plus élevé, puis viennent les veufs, les séparées et divorcés, sujet mariés sans enfant, et les mariés avec enfants
- Niveau social : le niveau socio-économique est inversement corrélé à la fréquence du suicide.

En France, les taux les plus élevés se retrouvent dans les catégories socioprofessionnelles les plus démunies : salariés agricoles, ouvriers, personnels de service. Dans les catégories socioprofessionnelles élevées, les médecins sont exposés (3% de suicide avant 40ans).

- Le lieu de résidence : les régions les plus rurales et isolées sont les plus touchées
- Religion et ethnie : plus fréquent chez les protestants, puis juifs, puis catholiques.Taux plus élevé chez les immigrés que chez les nationaux

Le décès récent de proches serait un facteur de risque

Niveau d'études bas

Les antécédents familiaux de suicide constituent un facteur de risque

Les tentatives de suicide constituent un indicateur de risque suicidaire : 30 à 60% des suicides ont été précédés d'une TS.

10 à 14% des patients ayant fait une tentative de suicide vont mourir des suites d'un suicide ce qui multiplie par 100 le risque suicidaire par rapport à la population générale. (dr papet.N et Al, p2).

2.2.10 Facteur sociodémographiques

- Sexe : les hommes se suicident plus que les femmes mais celles-ci le tentent plus souvent
- Age le suicide présente statistiquement deux pics de fréquence :
 - Age jeune de 15 à 35ans
 - Age avancé (plus de 75ans)
- Situation maritale les divorcés, les veufs, et les célibataires sont dans des situations plus à risque que ceux qui sont mariés.
- Professions : les médecins, pharmaciens, chimiste ainsi que les agriculteurs ont un taux de suicide plus élevé que la moyenne.
- Chômage : la perte de l'emploi plutôt que le statut de chômeur lui-même a été associée au suicide
- Migration : les populations passant d'une zone rurale à une zone urbaine ou d'une région, d'un pays à un autre, seraient plus vulnérables. (pr Soubrier.J, 2002, p13)

2.2.11 Facteurs environnementaux

- Stress vital : la majorité des suicidés ont eu à affronter des évènements de vie stressants dans le trimestre précédant la mort.
- Problèmes interpersonnels : par exemple disputes conjugales, familiales, amicales, sentimentales
- Sentiment de rejet ou vécu de rejet) tel que séparation du cercle familial ou amicale
- Pertes objectales : telles que pertes financières, deuils
- Problèmes professionnels et financiers : tels que perte de l'emploi, mise à la retraite, difficultés financières
- Changement sociaux : bouleversements politiques et économiques d'apparition rapide
- Autre facteur de stress (moraux) tels que : honte ou peur d'être reconnu coupable d'un fait particulier. (Ibid, p14)

2.2.12 Les facteurs familiaux

Lorsqu'un membre d'une famille se suicide, il y a risque accru qu'un proche en fasse autant. La dépression ayant une composante héréditaire, il est logique et statistique que dans une famille de personnes déprimées il en soit ainsi. Les études montrent néanmoins que la contribution biologique est faible et vraisemblablement en rapport avec l'impulsivité. (V. M et BARLOW.H et Al, 2001 p 365-374).

2.2.13 Facteurs de risque psychologiques et psychopathologiques

Troubles psychiatriques et troubles de l'adaptation, dépression, souvent mal diagnostiquée ou désespoir (impossibilité de résoudre ses problèmes), comportements violents, violence physique ou sexuelle subie... (Rousille B, 2001 ,p13)

2.2.14 Les facteurs de risque comportementaux

Consommation régulière de drogue, d'alcool (classée dans les troubles psychiatrique pour les classifications plus médico-centrée), consommation quotidienne de tabac, comportement violents... (Ibid, p13).

2.2.15 Les facteurs socio- économiques :

Ce sont les catégories sociales les plus démunies qui ont un taux de suicide le plus élevé, contrairement à ce qu'avait montré Durkheim à la fin du 19ème siècle. Cependant, certaines professions de cadres supérieurs présentent aussi des taux élevés. Il existe de grandes variations interclasses, (par exemple, le suicide étant plus fréquent chez les ouvriers), mais intra classes (taux élevés chez les policiers, les médecins).

Un cas particulier est celui des suicides en milieu carcéral, j.c. chenais rapporte un taux 4 fois plus élevé que dans le monde libre et jusqu'à 9 fois pour le détenus âgés de moins de 21 ans. (Severac H, 2002,p15).

2.3 Le modèle dynamique temporel : une approche diachronique de la crise suicidaire

La crise suicidaire peut également être décrite sous l'angle de la dynamique temporelle interne en effet, la crise suicidaire est un processus classiquement décrit autour de trois phases (Quenard et Rolland, 2001) :

- Une phase pré-suicidaire.
- Une phase de passage à l'acte.
- Une phase post-suicidaire.

Munis de ces repères, nous allons maintenant essayer de parcourir les différentes phases habituellement observables dans le processus suicidaire dans une perspective phénoménologique qui demande, bien entendu, à être adaptée en fonction de l'histoire, à chaque fois singulière de toute crise suicidaire. (Morasz.L, et Danet.F, 2008, p94).

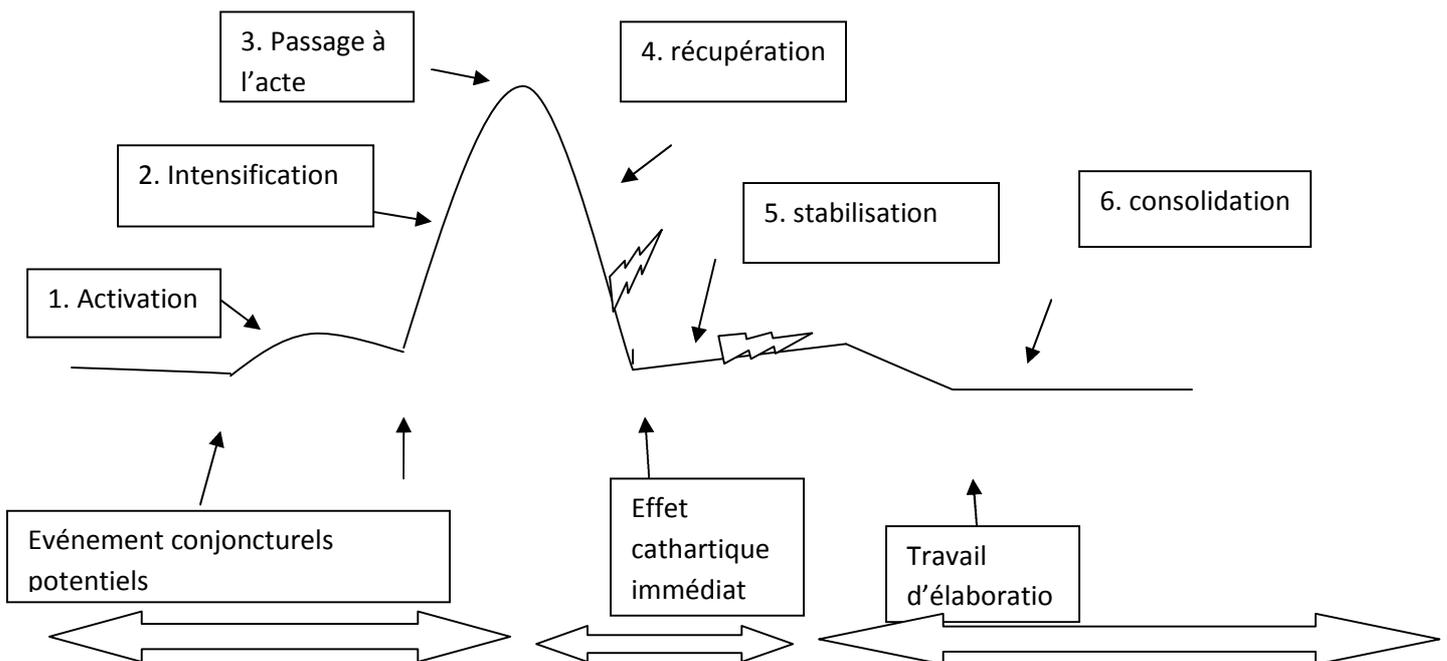
2.3.1 Une dynamique progressante en six temps

Il arrive bien entendu parfois qu'un passage à l'acte suicidaire survienne de manière apparemment imprévisible, comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ». mais dans la majorité des cas, nous pouvons repérer, il est vrai souvent en après-coup, une évolution processuelle particulière. L'approche clinique des conduites suicidaires nous amène d'ailleurs à approfondir la description classique de la crise suicidaire autour des trois phases citée précédemment. En effet, à l'instar de ce que nous avons proposé dans nos travaux autour du passage à l'acte (morasz, 2002), ce découpage temporel logique peut être affiné par un découpage processuel plus complet (figure 5.1), reposant autour d'un repérage en six temps :

- l'activation
- l'intensification
- la crise
- la récupération
- la stabilisation
- la consolidation

Décrivons comment les choses s'enchaînent dans ce modèle : tout commence par la survenue d'un fait, d'un sentiment ou d'une situation particulière qui prend pour la personne concernée la place d'un stress : c'est l'activation. Si le sujet n'arrive pas à s'en dégager ou à le gérer lui-même, ce stress va s'amplifier, dans une montée en puissance du malaise, de la frustration, de l'énervement ou de l'excitation : c'est l'intensification. Cette escalade connaît

son acmé lors de la crise qui se caractérise par un débordement des structures de contrôle du sujet qui l’amène à passer à l’acte. La tentative de suicide survient alors. Une des fonctions économique de la crise est, rappelons-le, de permettre l’externalisation du sentiment de tension interne né de l’intensification il n’est donc pas étonnant que cette phase d’arting soit suivie de la récupération qui se traduit par une réapparition d’un contrôle possible sur la pulsionalite auto-agressive et sur la tension interne. Toutefois, il faut savoir que cette récupération est un processus dynamique qui peut toujours s’interrompre dans une reprise critique si le sujet est immédiatement soumis à de nouveaux stimuli. Ce n’est en effet qu’au moment de la phase de stabilisation que l’excitabilité se trouve suffisamment contenue. Néanmoins, l’absence d’une dernière phase d’élaboration prédispose ce même sujet à recourir au même schéma affectivo-cognitivo-comportemental si du sens n’a pas pu être mis sur ce qui s’est passé, par une mise en lien psychique de la conflictualité qui s’est trouvée activée.(Morasz L 2008, p95)



Phase pré-suicidaire phase de passage à l'acte phase post-suicidaire

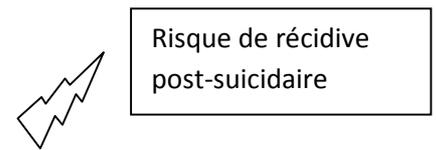


Figure 5.1. les étapes de la crise suicidaire (Morasz, 2003).

2.3.2 Explication du schéma :

a) La phase pré-suicidaire : (activation-intensification)

La phase pré-suicidaire est une phase importante de la crise suicidaire elle est une période durant laquelle la problématique suicidaire se met en place. Elle est donc le temps pendant lequel les actions de prévention sont les plus efficaces. La connaissance que nous en avons, relève pour une grande partie de la reconstruction secondaire que nous pouvons faire avec les patients suicidant après leur passage à l'acte. Mais il arrive heureusement que la crise suicidaire n'aille pas plus loin, marquant par là la possibilité d'une résolution « psychique » possible de la crise.

Cette phase passe parfois inaperçue, par pauvreté de la symptomatologie, par dissimulation du patients ou dans certaines formes impulsives de crise suicidaire dans lesquelles l'acting survient de manière apparemment immédiate.

Cette phase pré-suicidaire est un temps de mise en tension. Elle témoigne de la conflictualité psychique qui étreint le patient, de la lutte entre pulsion de vie et pulsion de mort, et de l'envahissement progressif par des forces de déliaisons amenant peu à peu l'esprit du sujet concerné l'idée ou le fantasme d'une « solution suicidaire » cet aspect « résolutif » explique d'ailleurs pourquoi cette phase, habituellement caractérisée par un accroissement tensionnel progressif (c'est la phase d'intensification). Est parfois suivie d'un temps d'accalmie précédant le passage à l'acte. Ce constat clinique est à repérer soigneusement. Il témoigne en effet d'un moment hautement dangereux durant lequel le patient est apaisé, soit par la croyance en une révolution de sa problématique dans un choix de mort (comme dans le cas

des tentatives de suicide « bilans »), soit par l'anticipation d'un apaisement possible d'une tension insoutenable apportant sérénité et arrêt de la douleur morale.

Le début de la phase pré-suicidaire peut être insidieux, même s'il est assez fréquent de retrouver en après-coup un événement apparemment déclencheur : le facteur d'activation. Mais rappelons que ce dernier trouve plus son sens dans l'impact traumatique qu'il induit au sein d'un processus multifactoriel complexe tel que nous l'avons décrit précédemment, que dans sa nature intrinsèque. Sur le plan processuel, la phase d'intensification se caractérise par une véritable « constriction » du champ psychique (et bien souvent aussi un champ relationnel) Autour des idées suicidaires et /ou d'un sentiment pénible de douleur morale pouvant se traduire par un vécu « d'impasse » entraînant agitation ou au contraire un certain ralentissement signant l'épuisement psychique ...les idées suicidaires apparues progressivement deviennent peu à peu un fantasme signant le désir « d'en finir ». Soutenant lui-même la mise en place d'un scénario précédent l'acting.

Sur un plan cognitif, la phase d'intensification voit se succéder idées suicidaires. Désir de mort. Fantasmes plus précis se traduisant parfois par la mise en place d'un « scénario suicidaire », puis réalisation dans l'acting. Bien entendu, cette chaîne processuelle est d'intensité et de temporalité variable en fonction des individus, d'autant que telles ou telles phases peuvent être littéralement court-circuitées dans certaines formes suicidaires. (Ibid,2008, p96-97).

b) La phase de passage à l'acte (acting-récupération) :

Le processus suicidaire se poursuit malheureusement parfois jusqu'à sa réalisation ou sa tentative certes, certains patients nous donnent l'impression de commencer leur crise suicidaire dans le passage à l'acte. Mais l'expérience nous montre que bien souvent, nous pouvons retrouver avec eux les prémunisses de ce coup de tonnerre dans un temps de « l'avant » qui nous permet de reparcourir avec eux le cheminement d'un processus qui nous éclaire en tant que soignant et, plus important encor qui les éclaire eux, en tant que sujet, sur le sens et les déterminants de cet événement significatif de vie qu'est la tentative de suicide Comme lors de l'activation précédant de la phase d'intensification, le passage à l'acte peut être immédiatement précédé d'un événement conjoncturel à valeur déclenchant.

La phase d'acting est en effet le plus souvent suivie d'un apaisement certain, lié à cet effet cathartique. L'abaissement tensionnel permis par l'extériorisation pulsionnelle, permet les récupérations d'une part des défenses psychiques du patient qui avaient « sauté » lors du passage à l'acte. Cependant, ce temps de récupération reste un temps particulièrement instable. En effet, s'il se caractérise, il reste un temps postcritique immédiat pendant lequel certaines défenses ne se sont pas encore totalement rétablies. Le risque de récurrence est donc assez important à ce stade.

La plus grande prudence s'impose donc à ce stade, ce qui justifie la relative « systématisation » de l'hospitalisation des suicidants d'autant que fréquemment, la récurrence suicidaire immédiate s'inscrit dans une dynamique « d'escalade » amenant les patients concernés à s'engager dans des passages à l'acte souvent plus grave que le précédent. (Ibid, 2008, p97-98).

c) La phase post-suicidaire : (stabilisation-élaboration)

Cette phase débute souvent par un apaisement lié à la fonction cathartique de l'acting. C'est une phase de stabilisation, par définition plus stable, suit la phase de récupération. Cette dernière se caractérise, sur un plan psychodynamique par le rétablissement d'un certain clivage, permettant la remise à distance au moins partielle de la conflictualité psychique. (Ibid, 2008, p99).

2.4 Les formes de suicide selon Freud

Les deux formes de suicide selon Freud : s. Freud évoque deux formes de suicide :

-un suicide conscient et intentionnel.

-un suicide mi-intentionnel provoqué par une intention inconsciente. Cette intention est bien cachée et se présente comme un malheur accidentel.

Il les différencie alors de la sorte : « ceux qui ont l'intention consciente de se suicider choisissent, eux aussi, leur moment, leurs moyens et leur occasion ; de son côté, l'intention inconsciente attend un prétexte qui se substituera à une partie des causes réelles et véritables et

qui, détournant les forces de conservation de la personne, la débarrassera de la pression qu'exercent sur elle ces causes. il est possible de repérer quelques prémisses d'éléments d'évaluations du risque suicidaires à travers les propos de S. Freud : choisissent leurs moyens et leur occasion.

Selon S. Freud : certains suicides sont des suicides inconscients, d'autres des actes manqués susceptibles de menacer la vie, la santé de sujet. (Freud S, 2001, p 228-229.)

On observe que dans notre société contemporaine, il peut exister une corrélation entre rupture affective et passage à l'acte suicidaire. Effectivement, la rupture sentimentale peut déclencher un écroulement narcissique, une estime de soi délogée, la problématique de dépendance ainsi que l'abandon peuvent être réactivés.

Il est parfois difficile d'établir, lors d'un accident de la route, par exemple, si la mort est accidentelle ou non.

S. Freud a parlé de suicide mi-intentionnel, inconscient qui se présente comme un accident l'inconscient parvient à ses fins, attend le moment pour passer à l'acte, le moment qui fera penser à un accident chute, accident de la route...). il a qualifié de suicide caché.

La tentative de suicide n'est pas forcément une fin mais aussi représenter un renouveau, une renaissance.

Le comportement du sujet peut amener une reconstruction et rétablissement de l'image de soi, et du soi. L'inconscient parvient parfois donc à faire d'un acte manqué un acte réussi. Le suicide comme message

2.5 La personnalité suicidaire

Trois particularités psychologiques caractérisent la personnalité suicidaire :

2.5.1 Ambivalence :

La plupart des personnes ont un sentiment ambigu quant à la décision de suicide. il existe un sentiment partagé entre le désir de mourir et le désir de vivre.

Il s'exerce une pression intense pour échapper à une douleur de vivre et un courant interne de désir de vivre.

La majorité des suicidants ne souhaitent pas véritablement mourir. Ils éprouvent un mal de vivre.

Si ce sentiment ambivalent est abordé dans le sens du désir de vivre, le risque de suicide est réduit.

2.5.2 Impulsivité :

L'acte est un phénomène impulsif. Comme tout comportement impulsif, il est transitoire, ne dure que quelques minutes ou quelques heures. Il est généralement déclenché par les événements négatifs de la vie quotidienne.

En désamorçant ces crises et en gagnant du temps, le professionnel de santé aidera à réduire le fantasme de suicide.

2.5.3 Rigidité :

Il existe une construction de la pensée, de l'humeur et de l'action chez le patient suicidaire. La pensée, l'idée de suicide demeure constante et unique et ils sont incapables de concevoir d'autres solutions au problème. Le mode de pensée est radical.

Une majorité de personnes suicidaires communiquent leurs idées de suicide et leurs intentions, ils envoient souvent des signaux et font des déclarations telles que 'désir de mourir', 'sentiment d'inutilité', etc. Toutes ces demandes d'aide ne doivent pas être ignorées par l'interlocuteur.

Quels que soient les problèmes, les sentiments et les pensées exprimées par la personne suicidaire semblent identiques sur tous les continents. (Sourbrier JP., 2002, p15,16).

2.6 Les différentes Approche du suicide :

2.6.1 L'approche psychologique et psychanalytique du suicide :

Les considérations sociologiques sur le suicide ne sont pas très convaincantes, pour deux raisons :

- D'une part, elles ne font état que de constatation, sans s'appuyer sur une construction théorique solide sur le suicide et ses sous-jacents

- D'autre part, elle ne propose aucune solution, contrairement à la religion et le droit qui mettaient en place des modalités de suivi et des sanctions selon diverses modalités.

Pour comprendre les raisons qui ont conduit la psychanalyse à penser au suicide ces dernières décennies, nous allons voir comment elle a repris à son compte, en les rationalisant, la description des deux concepts clés liée au suicide :

- Le mythe de la création du monde
- Le mythe de la topographie du corps.

L'idéalisation suicidaire consistait pour la bible hébraïque à retourner à l'informe de l'origine par un acte dé-créateur, dans une analogie entre création de l'individu et création du monde.

Avec la révolution française, la religion a perdu sa légitimité à forger des montagnes normatifs pour ceux qui étaient auparavant les sujet du roi, l'idée de création du monde qui constituait le modèle de conceptualisation de l'idée de création de l'individu a quitté la religion pour être accaparée par deux disciplines scientifiques : la physique quantitative et la psychanalyse.

Concernant la physique ,elle s'est approprié l'idée de création de l'univers, en s'inspirant de la trame et des termes dégagé par la genèse, la consonance de big bang ressemblant étrangement à celui de tohubohu ,ce qui ne doit rien au hasard puisque son inventeur était chanoine(Arnould, 2001 Reevez,1995 Kaennel,2001 ;Samama,2001)

Du coté de la psychanalyse ,la construction freudienne du développement de l'appareil psychique s'est inspirées de la genèse en cela qu'elle en fait un lent mouvement de diffusion mère-enfants visant a promouvoir l'interdit de l'inceste, tous les concepts religieux rattaché au « monde » étant transmis à l'individu (Chansseguet-Smirgel,1999 ;Winnicott ,1968).

Winnicott(1963,1969)comparerait d'ailleurs le moi a un monde, en s'appuyant à plusieurs reprises sur la métaphore de la partition de l'Allemagne pour décrire le danger de désintégration du moi dans la dépression ,ce psychanalyste avait élaboré une théorie du développement individuel initiée par l'impulsion créatrice (1961), et définissait la psychanalyse comme la démarche privilégiée d'accompagnement de l'autonomie (1967).selon cet auteur ,les idées suicidaires font parti des phénomènes disparates liés à l'immaturité

constructive de l'adolescent de 14ans ,avant que ne s'agencent progressivement le sentiment de soi et le sentiment d'être ,à l'instar de l'agencement du tohu-bohu .

les suicidant portent en eux l'expérience d'une angoisse impensable ou archaïque se défendant avec plus au-moins de sucée contre le souvenir de cette angoisse ,en saisissent cependant toutes les occasions de s'effondrer pour se rapproché de se terrible impensable sous l'emprise de forces destructrices, en sortant d'une définition anastomo-clinique de la santé Winnicott préférait la définition comme l'autonomie résultante du processus de maturation, le développement affectif pouvant êtres appréhendé, pour qui s'intéresse au suicide ,grâce à différents couples de mots comme annihilation/création puis destruction/recréation (1960).le suicide et sa tentative se sont insérés grâce à Winnicott dans le champ sanitaire ,car la santé se définit selon ce psychanalyse principalement par la maturité(1968)

Dans le champ du suicide, beaucoup de textes psychanalytiques contemporains font référence au complexe de nirvana. Selon Freud (1920), « le nirvana est la tendance de l'appareil psychique à ramener à zéro ou tout du moins à réduire le plus possible en lui toute quantité d'excitation ».le complexe de nirvana qui décrit le retour a un état informe. vide et vague, à la fois originaire, mortifère et éventuellement extatiques, est en fait le synonyme bouddhiste du concept de tohu-bohu omniprésent pour décrire le chaos cloacal originaire dans la culture du complexe de nirvana, les écrits psychanalytiques contemporains consternant le suicide font également référence à la pulsion de mort, qui tend à la réduction complète des tensions, c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique. (morasz L.,2008,p).

La psychologie et la psychanalyse ont jouit aujourd'hui explication dans une étiologie souvent convergente, la formule de Freud , selon laquelle « nul n'est probablement a même de trouver l'énergie de se tuer, a moins de commencer a trouvé quelqu'un a qui s'est identifie », marque l'interprétation psychanalytique du phénomène, pour les cliniciens ; la mélancolie est le principale facteur déclenchant, qui réunit en elle soit sous forme permanente, soit dans une construction délirante, l'autoaccusation, la honte, la culpabilité et le rejet de soi comme être social. Le raptus (violence impulsion) suicidaire chez les mélancoliques est presque toujours réussi dans les schizophrénies et les confusions mentales, le suicide (également presque toujours réussi) fait suit à une profonde perturbation des états de conscience.

Les deux types de facteurs qui sont à l' origine du phénomène individuel.les suicide manqués et récidivistes sont peut être les seuls pour lequel une action pouvait se révéler

efficace.les interaction entre facteur personnels et sociaux ne permettent pas de trouver de remède. On comprend que les protestants se donnent la mort plus souvent que les catholique, car ces derniers disposent de la conversion pour atténuer ou dévier l'éventuel sentiment de culpabilité suicidaire cette affirmation fut cependant infirmée par l'analyse des données statistique.par ailleurs, la désaffection a l'égard des religions chrétiennes en occident et souvent considérée comme une mutation social puissant les individus de repères traditionnels (Marron P, 2005, p52).

en 1901, Freud évoque l'automutilation et le rapport entre actes manqués, accidents inopinés et suicide, il classe ce dernier sous la rubrique de la psychopathologie de la vie quotidienne. Le suicide s'intègre donc dans le large éventail des actes manqués, lapsus, maladresse. L'acte manqué est un acte par lequel un sujet substitutive malgré lui, à un projet ou à une intention qu'il vise délibérément une action ou une conduite totalement imprévue. L'acte soi-disant manqué est finalement réussi, cette notion résulte du désir inconscient. L'acte manqué a un sens et représente l'équivalent dans l'agir au lapsus dans le langage. (Freud S., 2001, p203).

2.6.2 Approche comportementale du suicide :

L'approche comportementale assimile le suicide à un comportement de résolution de problèmes.la tentative de suicide apparait comme une ultime solution pour se soustraire à une situation intolérable que le sujet ne sait pas maîtriser et dont il a la conviction de ne pouvoir échapper par un autre moyen. La tentative de suicide est un moyen d'adaptation pathologique qui traduit la perte de contrôle du milieu.

L'approche comportementale a cherché à cerner le déterminisme à la fois dans la nocivité du milieu et dans la déficience des capacités d'adaptation ; le rôle du milieu a été étudié par le modèle de la détresse acquise par seligmen et par celui de la diminution relative des renforcements lewinshon. La défaillance des capacités d'adaptation renvoie à la déficience des processus de la maîtrise et à l'insuffisance des habiletés sociales.

Les cognitions dysfonctionnelles étudiées par Berck perturbent les mécanismes d'adaptation les attitudes cognitives à l'égard « du lieu de contrôle » (rotter, 1966) y participent. Le lieu de contrôle désigne les croyances de l'individu à l'égard du déterminisme des événements importants de sa vie. Un lieu de contrôle interne correspond aux sentiments

que l'en possède la maîtrise de son environnement. A l'inverse se considérer comme le jouet du hasard, du destin ou de la fatalité, témoigne d'un lieu de contrôle externe. On conçoit aisément qu'une telle conviction conduise à un état de détresse et d'abandon lors d'une situation de crise.

Cependant dans l'étude de Gosalvez et Coll. (1984) le lieu de contrôle n'a pas permis de différencier des adolescents suicidaires d'un groupe contrôle. La déficience de l'aptitude à la résolution des problèmes a été objectivée chez l'adolescent suicidant par Livenson et Neuringer (1971). Cette déficience renvoie principalement à une rigidité de la pensée dont on a pu dégager quelques aspects de rétrécissement du champ de la conceptualisation à la pensée dichotomique (Livenson, 1972 ; Neuringer, 1976). Le rôle de l'insuffisance des habiletés sociales, qui peut associer la déficience des aptitudes de communication, d'appréhension des situations sociales et de résolution des problèmes interpersonnels, a été souligné dans le déterminisme des difficultés rationnelles et de l'isolement des suicidants (Lieberman et Eckman, 1981 p56).

2.6.3 Approche cognitive de suicide :

L'approche cognitive du suicide n'est pas nouvelle. Elle prend son origine dans les modèles cognitifs développés par Ellis (1962), de Zurilla et Goldfried (1971), Abramson, Seligman et Teasdale (1978), Bech, Rush, Shaw et Emery (1979) et dans les travaux de Shneidman (1960, 1961, 1969) sur la pensée constrictive ou rigide du suicidé. Dans cette perspective, le suicide d'un individu est conçu comme la conséquence d'un dysfonctionnement dans sa façon d'interpréter les événements intérieurs et extérieurs (Chabrol, 1984). Chez les jeunes, Lennings (1993) trouve qu'un dysfonctionnement cognitif dans la façon d'interpréter les événements intérieurs et extérieurs peut entraîner des conduites suicidaires. (Dufresne M.J, 2001, p6).

2.6.4 Approche psychiatrique :

Le suicide a longtemps été considéré comme un phénomène relevant du psychisme et déterminé par des causes personnelles. L'excuse de la folie est évoquée dès le 17^{em} siècle. Mais c'est donc la naissance de la psychiatrie moderne au 19^{em} siècle, qui commence à tenir lieu d'explication scientifique. L'étude de file qui le rôle de psychiatre est d'interdire à la

personne a passé a l'acte. Puisque la majorité des malade mentale parle a leur médecins des termes suicidaire ou sur une tentative de suicide auparavant et l'étude de robenz en 1959 et ysler en 1960 que les suicidants ont la volonté de mourir et répété leur même parole après seulement une année de tentative de suicide et le docteur Dominique Esquirol en 1938 chef de la reforme psychiatrique affirme que « tout les suicidants sont des aliènes ».

Actuellement, les psychiatres admettent que tout les suicidants ne sont pas des malades mentaux, mais ils continuent de voir dans l'acte suicidaire quelque chose de foncièrement pathologique puisque contraire a l'instinct « normal » de conservation. (Marron P, 2005, p51).

2.7 La prévention du suicide

2.7.1 L'impossible prédiction du suicide

L'identification de plus en plus précise et étendue de facteurs de risque suicidaire ne permet cependant pas de pouvoir prédire un suicide. Si les différents facteurs de risque ont une utilité en pratique clinique, leur connaissance permet d'envisager deux catégories d'actions préventives : l'une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables, tels les troubles psychiatriques, en particulier les dépressions, l'autre consiste à identifier des populations à haut risque suicidaire, de manière à leur appliquer des mesures préventives. La rareté statistique du suicide s'accompagne d'un nombre très élevé de faux positifs. Il faut donc limiter cette prévention à des mesures peu contraignantes, tant sur le plan individuel que sur le plan économique, si l'on ne veut pas voir leur cout et leurs inconvénients excéder les bénéfices qu'on peut en attendre. (Hardy P, 1997, p17)

2.7.2 La nécessaire prévention médicale

Quatre types d'interventions médicales peuvent cependant permettre de prévenir utilement le suicide :

- Le repérage et l'intervention lors de situations de crise suicidaire
- La prise en charge des suicidants
- L'amélioration du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, en particulier des dépressions
- La prévention du suicide auprès des sujets à hauts risques que sont les malades hospitalisés en psychiatrie.

Les deux premières : repérage et intervention lors de situations de crise suicidaire et la prise en charge des suicidants ont fait l'objet, en France de conférences de consensus, soutenues par l'anaes. (Ibid p18).

Conclusion

Le suicide est un phénomène complexe, plusieurs voies étiopathologiques, psychologiques, environnementales ou neurobiologique sont intriquées, l'observation du geste suicidaire sous la forme de la tentative de décès, conduite à mettre en évidence les tranche d'âge les plus touchées par le risque suicidaire en Algérie le taux de mortalité par suicide de la population algérienne (homme et femme confondus sont plus élevés dans les dans les tranche d'âge allant de 35 à 75ans que dans les tranche d'âge plus jeunes et plus âgées. Il est possible de prévenir le suicide. Toute personne peut agir pour sauver une vie. Plus chacun d'entre nous acquérera les connaissances et les compétences pour intervenir, plus de terrible cout humain pourra être évité.

CHAPITRE II

L'ESTIME DE SOI

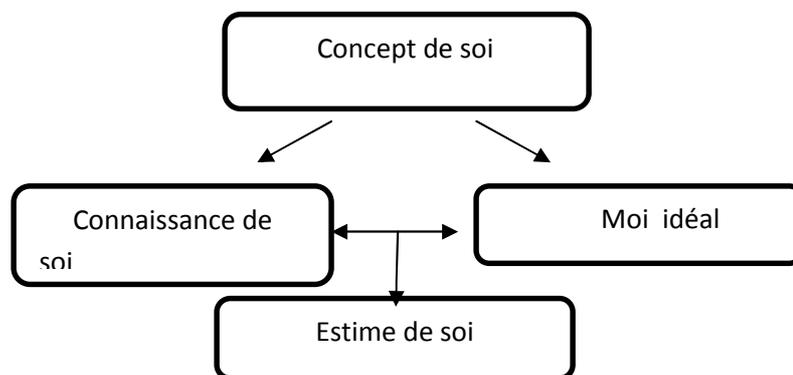
Introduction

L'estime de soi fait partie du concept de soi se définit comme un jugement de valeur qu'un individu a sur lui-même, une opinion stable de lui-même, une satisfaction ou insatisfaction personnelle.

Nous allons commencer ce chapitre par des définitions de quelques concepts ensuite, on exposera les piliers et les dimensions de l'estime de soi, symptômes de souffrance et caractéristiques, son importance et son influence sur la vie et enfin, on évoquera l'estime de soi et le suicide.

1.1 Définition du concept de soi

Le soi est considéré comme étant un aspect du fonctionnement psychologique (Epstein 1994, Marcus et Cross 1990). Le concept de soi est la représentation cognitive du soi, donc c'est l'ensemble des connaissances et des croyances que les gens ont sur eux-mêmes. Le concept de soi englobe à la fois : la connaissance de soi, l'image de soi et le moi idéal. Paradis et Vitaro (1992), décrivent : « l'essence même du concept de soi consiste en une configuration organisée des perceptions admissibles à la conscience qu'a un individu de ses caractéristiques personnelles. (Dederix.J, 2010 ,p60).



« Les Composantes de l'estime de soi »

La configuration organisée de Paradis et Vitaro renvoie à la représentation mentale des caractéristiques d'une personne que celle-ci peut percevoir et nommer comme « ses qualités et ses défauts, ses compétences dans divers domaines, ses valeurs et idéaux, ses traits de

personnalité, son apparence physique telle que la personne se voit et se présente elle-même ». (Ibid, p61)

René l'Ecuyer, quant à lui, associe le concept de soi aux sentiments d'identité, ainsi, l'image de soi serait selon différents points de vue une connaissance apparaissant chez le sujet dès l'émergence de ses premières représentations mentales, connaissance qui, en s'intériorisant progressivement devient partie intégrante de l'identité. Le moi idéal représente ce que le sujet veut devenir par rapport à certaines de ses caractéristiques (valeurs, idéaux s'intègrent dans cette instance). Le concept de soi se relie à l'aspect descriptif tandis que l'estime de soi en est la dimension évaluative. Ce dernier versant évolue selon la traduction que la personne fait entre la connaissance d'elle-même et ce qu'elle voudrait être. (Dederix.J, 2010, p62).

Selon « Cooley » 1956 : « le concept de soi d'une personne intègre un ensemble complexe d'attitude, de sentiment consciente et inconsciente de perception de soi, de son Corps, de ses rôles sociaux et de sa valeur personnelle, c'est une expression de ses sentiments, de son expérience ,de son insertion sociale le concept de soi, c'est ce que l'on pense de soi même en tant qu'entité indépendante et distincte et ce que l'on pense être aux yeux des autres ». Il fait du soi une entité (sur -ordonné) au moi .embrassant non seulement le conscient et l'inconscient mais aussi le but de la vie. (Sillamy N., 2003, p 281).

Au sens large le « soi » est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement existant. (Bloch et Al, 2002. p 1225).

Pour mieux aborder ce chapitre voici quelques notions sur l'estime de soi commençant par ses définitions selon différents auteurs.

1.2 Définition de l'estime de soi

Les dictionnaires définissent l'estime de soi comme étant un sentiment favorable, né de la bonne opinion qu'on a de son mérite et de sa valeur, le terme estimer vient du latin

« Ostimare » qui signifie « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion favorable sur ».

Ainsi pour Mombourquette: « c'est l'ensemble des jugements porté sur soi-même qui constituera l'estime de soi ».

Selon Josiane de Saint (1993) : « l'estime de soi est l'évolution positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable, en tant qu'être humain une personne qui s'estime se traite avec bienveillance, elle se sent digne d'être aimé et heureuse ».

Selon Brandem N: « l'estime de soi est la disposition à se considérer comme compétent pour faire face aux défis de base de l'existence et digne d'être heureux ».

De son côté, Harter (1998) la définit comme : « l'évolution globale de la valeur de soi en tant que personne, il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur c'est-à-dire de son degré de satisfaction de lui-même ».

L'estime de soi prend deux niveaux :

Le premier est logique : c'est l'identité ou on trouve le sens de sa valeur inaliénable et son importance en tant qu'être humain qui est à la fois une « donnée » et un droit de naissance.

Le deuxième niveau : capacité de penser clairement et par soi – même, l'aptitude à faire des choix basés sur ses propres opinions et à agir en accord avec eux, c'est à dire la capacité d'exercer sa responsabilité et sa liberté personnelle aussi l'estime de soi est l'évaluation positive de soi même fondée sur la conscience de sa propre valeur et son importance inaliénable en tant être humain. (Josiane, 1999, p 19).

L'estime de soi donc « il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de son degré de satisfaction de lui-même ». (Bolognini., 1998, p 57)

Elle se définit aussi comme une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour de plusieurs composantes essentielles du soi, notamment cognitive et affective. (Dorter K 2004, p 875).

Pour Cooper Smith, l'estime de soi est : « une composante psychologique qui se réfère à la perception positive ou négative que chacun a de sa propre valeur, au sentiment plus favorable que chacun éprouve envers ce qu'il est ou ce qu'il pense être ».

Saint Paul la définit comme suit : « l'estime de soi est l'évaluation personnelle de décalage entre le soi idéal et l'image de soi ».

Pour le centre de psychologie appliquée (CPA) : « l'estime de soi est l'expression d'une approbation ou désapprobation portée sur soi-même, elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable et important, c'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par du comportement significatif ». (Dederix J, 2010, P57-58)

L'estime de soi se réfère à la valeur qu'on se donne à soi-même dans différentes sphères de notre vie et le sentiment que l'on a de notre dignité ; si l'on se sent « digne » d'être aimé, de réussir, etc. (Laporte,1997 p5).

C'est l'aptitude d'éprouver un sentiment favorable à son endroit, lequel naît de la bonne opinion que la personne a d'elle-même et de la valeur qu'elle se donne. (Fourgeyrollas et Al, 1998 p17).

L'estime de soi propre à une situation pédagogique, s'appelle le moi scolaire, lequel est directement relié à la réussite ou non dans les apprentissages (Legendre, 2000,p33).

L'estime de soi est une composante essentielle de la santé mentale. (Meram et Al,2006,p41).

Pour conclure, l'estime de soi est communément admise comme la valeur qu'une personne se donne par rapport à un sentiment de compétence ou d'approbation sociale, mais elle est aussi une entité complexe présentant de multiples caractéristiques, elle comporte en particulier un caractère stable ou variable selon les situations et un format uni ou multi dimensionnel ,elle est aussi la source de différences individuelles ;en ce qui concerne à la fois son niveau (certains individus ayant une estime de soi faible ou forte) et stabilité (certains individus ayant une estime de soi stable à travers le temps et les situations alors que d'autres non) (Gobance L., 2009, P43).

L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi se dérouler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistants chez le même sujet ; le moi actuel d'une part et, d'autre part, le moi idéal, le moi-qui-devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent. (Le grand dictionnaire de psychologie, p284).

1.3 La différence entre le concept de soi et celui d'estime de soi

Brinthaupt et Erwin, (1992) estime que « tandis que le concept de soi paraît être un modèle relativement large comprenant des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux ».

L'estime de soi est supposé être un composant évaluatif, et donc affectif, plus limité à l'intérieur du concept de soi. Aussi ces auteurs font la différence entre description de soi et évaluation de soi.

L'élément clé permettant de faire la distinction entre ces deux concepts est le degré d'importance d'un domaine aux yeux du sujet.

L'estime de soi selon Mattie est « étroitement reliée au sentiment de valeur de soi, selon lui « si le corps (la beauté) est de la plus haute importance avoir gagné le respect des autres, ou d'avoir une personnalité enviable peut être plus important pour d'autre ».

Selon Rosenberg: « l'importance qu'un individu attache à un domaine particulier déterminera le degré selon lequel un résultat réussi ou non affectera son estime ».

La notion d'évaluation d'importance et de mesure d'écart trouvent leur origine dans l'affirmation de "l'aimé" ; « les évaluations de soi spécifiques à un domaine sont intégrées selon leur importance perçue, leur certitude et leur relation aux idéaux essentielle de la perspective de James est que les individus qui se perçoivent comme compétente dans des domaines qui leur semblent être importants auront un concept de soi général haut tandis que ceux qui se perçoivent comme incompétent dans ces même domaines auront un concept de soi bas. (Coslin, 2002, p.98).

L'estime de soi est constituée de différents supports qui assurent sa bonne santé et son bon développement au cours de la vie des personnes.

1.4 Les piliers de l'estime de soi

L'estime de soi repose sur trois ingrédients : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Un bon équilibre entre chacune de ces composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse.

1.4.1 L'amour de soi

Il est l'élément le plus important car s'estimer implique s'évaluer, on s'aime malgré ses défauts et ses limites malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une petite voix intérieure nous dit que l'on est digne d'amour et de respect. Cet amour de soi (inconditionnel) ne dépend pas de nos performances, il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après une difficulté, il n'empêche ni la souffrance ni le doute en cas de malaise mais il protège du désespoir.

On sait aujourd'hui, que l'amour de soi dépend en grande partie de l'amour que notre famille nous a prodigués quand nous étions enfants et des « nourritures affectives » qui nous ont été prodiguées. Les carences de l'estime de soi qui prennent leur source à ce niveau sont sans doute les plus difficiles à rattraper. On les retrouve dans ce que les psychiatres appellent les troubles de la personnalité, c'est à dire chez les sujets dont la manière d'être avec les autres les pousse régulièrement au conflit ou à l'échec, s'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime, pourtant il n'est jamais facile de discerner chez une personne au-delà de son masque social, le degré exacte de l'amour qu'elle se porte.

1.4.2 La vision de soi

Le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas simplement de connaissance de soi et l'important n'est pas la réalité des choses mais la conviction que l'on est porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations.

En ce sens, c'est un phénomène où la subjectivité tient le beau rôle ; son observation est difficile et sa compréhension est délicate, c'est pourquoi par exemple une personne complexée dont l'estime de soi est souvent basse laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se voit atteinte.

Ce regard que les personnes portent sur elle-même, elles le doivent à l'environnement familial et en particulier aux projets que leurs entourages formaient pour eux. Dans certains cas le sujet est chargé inconsciemment par d'autres d'accomplir ce qu'ils n'ont pas pu réaliser ou pas su réaliser dans leur vie.

Dans d'autres cas, une vision de soi limitée poussera le sujet à la dépendance vis-à-vis d'autrui ; on peut établir des relations satisfaisantes avec les autres mais on se limite au rôle

de suiveur on ne passe que sur les voies déjà explorées par les autres, on a du mal à construire et à mener bien des projets personnels. (André C, 2007, p13).

1.4.3 La confiance en soi

Cette troisième composante de l'estime de soi, est toujours confondue avec la confiance en soi s'applique sur tous les actes, être confiant c'est penser qu'on est capable d'agir de manière adéquate dans des situations importantes. Contrairement à l'amour de soi ou encore à la vision de soi ; la confiance en soi n'est pas très difficile à identifier, il suffit pour cela de fréquenter régulièrement la personne, d'observer comment elle se comporte dans les situations nouvelles ou imprévues. Lorsqu'il y a un enjeu ou si elle est soumise à des difficultés dans la réalisation de ce qu'elle entreprend, la confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi et la vision de soi dont elle serait une conséquence. (André C, 2007, P17).

Pour décrire mieux l'estime de soi voici, Quelques points précis qui caractérisent la globalité d'une bonne estime de soi.

1.5 Les dimensions d'une bonne estime de soi

Disposer d'une bonne estime de soi ce n'est pas seulement avoir une haute idée sur soi-même, s'en convaincre et le faire savoir, nous élaborons ci-dessous quelques dimensions les plus importantes.

1.5.1 Hauteur

On peut avoir une estime de soi haute (plutôt s'apprécier, être assez sûr de soi-même pour agir et prendre sa place parmi les autres, ne pas s'effondrer face aux échecs ou aux difficultés...etc.)Basse (plutôt se dévaloriser, être peu sûr de soi au point d'éviter souvent d'agir et ou de prendre sa place parmi les autres, facilement s'effondrer ou relancer face aux échecs. On peut, toutefois aujourd'hui, appréhender l'estime de soi seulement par son niveau; rechercher à tout prix à avoir une haute estime de soi ne peut pas être l'idéal, du moins ne peut pas être le seul critère d'une bonne estime de soi.

De nombreux sujets à haute estime de soi s'avèrent anxieux rigides et finalement en grand échec intime, émotionnel et relationnel dans de nombreuses circonstances de vie alors

que certains sujets ayant une estime de soi modérée n'en arrivent pas moins à se sentir bien et à accomplir de grandes choses, il est possible de mentir en matière de niveau d'estime de soi. L'estime de soi n'est pas qu'un problème quantitatif mais aussi qualitatif inutile de chercher toujours plus d'estime de soi et dans le regard des autres.

A quoi identifie-t-on une estime de soi stable ? Cela relève du rôle d'amortisseur qu'elle peut jouer face aux réussites et aux échecs ou aux approbations et aux critiques, on se rejoint ou l'on se déçoit mais il n'y a pas de sortie de route. La stabilité de l'estime de soi permet aussi une relative constance du comportement et du discours quels que soient les environnements, on reste grosso modo soi-même quel que soit le public ou les conditions. (André C, 2007,p33).

1.5.2 Harmonie

Vues de l'extérieur, certaines estimes de soi paraissent très investies dans un domaine limité de la vie personnelle, dans la réussite professionnelle ou dans le maintien d'une apparence (jeune) par exemple.

Lorsque le sujet se trouve dans une situation difficile donc très vulnérabilisé, en matière d'estime de soi, la poly culture est préférable à la mono culture, même si cette dernière peut conduire à une certaine excellence et à de multiples valorisations sociales. L'estime de soi peut s'exprimer dans divers champs notamment l'apparence physique, la conformité (être comme les autres), l'acceptation et la popularité (se rendre aimable et apprécié), le succès et le statut (se rendre supérieur à la majorité des autres) dans certains milieux(métiers, quartiers....etc.), la forme et l'habilité physique contribuent également à l'auto estime ,mais plus ces domaines sont nombreux plus ils permettront des séparations croisées ,relativiser un mauvais passage professionnel en s'appuyant sur ses amis, ou ne pas se noyer dans un chagrin d'amour grâce à son travail. Cela n'annule pas la peine mais l'apaise en partie et permet de ne pas se résumer à elle ni de s'y abimer. (Ibid, p34).

1.5.3 Cout

L'estime de soi, pour rester à niveau, nécessite des stratégies de monitoire, de développement, de protection : c'est le domaine de recherche dans lequel le plus de travaux ont été conduits récemment. En effet, il apparait que certains individus sont amenés à faire des

débauches d'énergie très importantes pour protéger ou promouvoir leur estime de soi, déni de la réalité, fuites et évitements, agressivité envers autrui, autant de stratégies dysfonctionnelles qui pour un bénéfice minime sur l'estime de soi vont sacrifier de nombreux aspects de la qualité de vie et engendrer du stress. (Ibid, p35).

1.5.4 Stabilité

Solidité, notamment face aux échecs (constance du comportement face aux événements)

1.5.5 Autonomie

Par rapport aux pressions sociales sur ce qu'il faut avoir, faire, ou montrer pour se sentir estimé des autres.

1.5.6 Non surinvestie

Place légitime sans excès (elle n'occupe pas toutes les pensées).

A quoi identifie-t-on une estime de soi « économe » en énergie psychologique ? Principalement par l'impact émotionnel modéré des événements mineurs, par le bas niveau général de stress et le peu de crispation ressentie et perceptible de l'extérieur, lors des réponses aux critiques et au peu de justifications en cas de remise en question. Au contraire une estime de soi économe fait preuve comme dans les arts martiaux orientaux, d'une capacité à se nourrir tranquillement des critiques à leurs manifestations de l'intérêt plutôt que de vouloir les éviter.

Les questions liées à l'estime de soi occupent une place centrale et très importante dans la vie du sujet : à quel point accordons-nous de l'importance à notre image, à l'opinion que les autres ont de nous à notre amour propre « réagir aux critiques pour se sentir enfoncé, ou parfois choisir de ne pas y réagir ? ». Est-ce que la défiance ou la promotion de notre image occupent une place centrale dans notre esprit et nos efforts ? Ou simplement une place légitime sans excès ? Bref y a-t-il dans nos équilibres de vie, dans ce qui définit notre identité, autre chose que notre estime de soi ? Nous verrons un peu plus loin l'exemple des personnalités narcissiques chez qui la question de l'estime de soi n'est pas seulement centrale et vitale mais aussi envahissante. (André C, 2007, p36).

A quoi s'identifie une estime de soi non surinvestie ? Au fait que les blessures d'amour propre ne contaminent pas l'ensemble de nos pensées, activités ou, nos ethos émotionnels à la capacité de digérer les échecs sans drame, de ne pas surveiller en permanence tous les petits indices qui témoignent de notre statut, de se contenter d'être apprécié sans avoir le besoin d'être célébré. A la possibilité de poursuivre des objectifs qui nous ne rapporteront rien en terme de prestige social ou d'image. (Ibid., 2007, P37).

Une estime de soi négative possède plusieurs symptômes de souffrance qui peuvent mener à une vie difficile, voici quelques-uns.

1.6 Les symptômes de souffrance de l'estime de soi

Toutes les manifestations de souffrance de l'estime de soi sont normales tant qu'elles restent occasionnelles. Le problème ne se pose que si elles deviennent fréquentes voire constantes, intenses, disproportionnée par rapport à ceux qu'il les a déclenchées, elles témoignent alors d'un échec de mécanismes de régulation (normaux) de l'estime de soi, voici un premier survol de ces symptômes.

1.6.1 Obsession de soi

Comme toutes les fois qu'un souci nous hante et qu'il n'est pas résolu ; les questions sur soi et sur son image, sa recevabilité sociale peuvent prendre une place obsédante, présente et excessive à l'esprit de la personne qu'elle l'avoue ou pas. Nous-ou plutôt notre image, ou notre moi social- devenons alors un souci pour nous-mêmes.

1.6.2 Tension intérieure

Insécurité dans les situations sociales avec une impression d'usure mentale liée au sentiment d'une surveillance par le regard des autres et aux interrogations sur sa conformité.

1.6.3 Sentiment de solitude

Impression d'être une personne différente des autres plus fragile, moins compétentes, plus vulnérable, plus isolée ...etc.

1.6.4 Sentiment d'imposture

Occasionnel ou fréquent qui se déclenche au moindre succès, au moindre signe de reconnaissance et enclenche la lancinante question : « est-ce que ce qui m'arrive je le mérite vraiment ? » Ou cette autre « et maintenant, vais-je être à la hauteur de ce succès ? ».

1.6.5 Comportements inadéquats par rapport aux intérêts

Devenir désagréable lorsqu'on se sent jugé, essayer d'impressionner, de rabaisser autrui alors que cela ne correspond pas à nos valeurs personnelles, se voir faire ce qu'il ne faudrait pas faire, mais le faire, accomplir des choses qui nous horrifient, nous attristent ou nous exaspèrent.

1.6.6 Tendance à l'auto aggravation lorsqu'on va mal

D'assez nombreux travaux ont étudié ce penchant irrésistible des personnes à basse estime de soi donc la personne adopte des comportements désagréables, elle reste isolée, reste enfermée chez elle, vautrée sur son canapé à regarder des séries.

1.6.7 Difficulté à demander de l'aide

Paradoxalement ce sont les personnes à bonne estime des soi qui demandent le plus facilement de l'aide à autrui, elles ne se sentent pas dévalorisées de devoir le faire ; c'est normal de s'aider entre humains. La personne essaye d'être le plus conforme possible par rapport aux désirs des autres, elle s'assure de ne pas être rejetée, elle se cache derrière un personnage social que l'on interpose entre soi et les autres.

1.6.8 Tentation de négativisme

De rabaisser tout le monde, de ne voir que les mauvais côtés, les mesquineries, les choses sombres, ou tristes. Parmi les buts les plus au moins conscients de cette stratégie : ne pas être le seul à être minable.

1.6.9 Problèmes avec la remise en question

Trop permanente et lancinante, chez les personnes à basse estime de soi, difficile ou impossible chez les personnes à haute estime de soi, qui face à ce qui pourrait leur apprendre préfèrent nier leur responsabilité, détourner le regard ou tourner la page. (Ibid., P45 49).

Comme toute dimension de la personnalité, l'estime de soi se caractérise par certains critères qui la différencie des autres dimensions et définit bien cet élément de personnalité.

2.1 Les caractéristiques de l'estime de soi

2.1.1 Le trait de l'état de l'estime de soi

La première caractéristique de l'estime de soi est qu'elle peut être considérée à la fois comme « un trait » et comme « un état », l'estime de soi en tant que trait correspond à une tendance stable du sujet, voire à un trait de personnalité (Trzesniewski, 2003), permettant de prédire les comportements, la façon dont le sujet va réagir et s'adapter aux situations (Rosneberg, N., 1985 p15).

C'est d'ailleurs le niveau de ce trait qui a le plus souvent été étudié, les chercheurs allant jusqu'à dire que la recherche de l'estime de soi est un besoin fondamental de l'être humain (Rogers, 2005), dans ce sens elle favoriserait la recherche d'information qui la confirme dans l'environnement et l'évitement de celle qui la contredit ou la menace, elle apparaît dès lors comme une sorte de filtre à travers lequel les individus vont observer leur environnement.

Ceci nous laisse penser qu'elle va participer aux processus d'évaluation d'une situation stressante, en tant qu'élément déterminant de ce processus. Pour autant, il est difficile de penser que cette notion de trait puisse à elle seule être considérée comme la source des comportements puisqu'elle est stable à travers le temps et les situations (Croker et Park, 2004).

A l'opposé de cette notion, des changements dans les niveaux de l'estime de soi peuvent s'observer sur des laps de temps assez courts parfois sur une journée ou même sur quelques minutes. C'est par exemple ce que cherche à mesurer l'échelle de l'estime de soi état d'Heatherton et Polivy (the state self esteem test, 1991). Ainsi l'estime de soi est un trait qui correspond à une ligne directrice autour de laquelle on peut observer des fluctuations de l'état d'estime de soi (Wells, 1998). Lorsque l'estime de soi se situe au-dessus du trait; on parle d'état positif et inversement, lorsqu'elle se situe en dessous il s'agit d'un état négatif.

Ceci laisse penser que ce serait la recherche d'un état plus qu'une estime de soi qui pourrait servir de source de motivations. Les personnes choisiraient de s'investir dans des situations en rapport à des buts d'estime de soi, en fonction de ce qu'elles pensent devoir être

et de ce qu'elles pensent devoir faire pour cela, en ce sens on peut supposer que ces buts d'estime de soi pourraient avoir un impact sur les stratégies de faire face que les individus vont mettre en place face à une situation.

2.1.2 Un construit global et multidimensionnel

L'estime de soi peut être conçue comme une valeur globale unique telle qu'elle est mesurée par exemple à l'aide de l'échelle de Rosenberg (1965) pour autant, comme l'avait déjà envisagé James (1892), cette valeur semble aussi se construire sur un ensemble des évaluations que l'on s'accorde dans différents domaines de la vie (les domaines académiques, les relations sociales.... etc.)

Dès lors l'estime de soi apparaît comme un construit multidimensionnel complexe. En effet, si les idées que différents domaines peuvent contribuer à l'estime de soi sont largement acceptées aujourd'hui, l'influence de ces domaines sur le concept global, ainsi que leur organisation font l'objet de davantage de controverses. Parmi les conceptualisations proposées, elle est d'une organisation hiérarchique de l'estime de soi.

Rosenberg (1979) insiste sur le fait que le soi est organisation de pièces et de composantes qui sont hiérarchiquement organisées de manière complexe, mais cette conceptualisation multidimensionnelle de l'estime de soi n'a pas soulevé quelques problèmes.

Le premier réside dans la détermination du nombre et de la nature des dimensions, un second problème concerne l'importance accordée à ces différentes dimensions par les individus ; un individu a tendance à accorder beaucoup d'importance à un domaine dans lequel il se sent compétent.

Finalement, le problème n'est peut-être pas de savoir si l'estime de soi est globale ou multidimensionnelle, puisqu'elle semble pouvoir être les deux ; il s'agit plutôt de savoir quel est l'intérêt d'utiliser plutôt une échelle multidimensionnelle ou globale. (Gobance L, 2009, P 44-47).

L'estime de soi a un poids très important dans la vie des individus puisqu'il assure un bon équilibre psychologique face aux différentes situations de la vie.

2.2 Que permet l'estime de soi ?

Le développement de l'estime de soi permet un sentiment de mieux être face à nous même, l'estime de soi augmente les sentiments de valeur et d'utilité :

- Elle facilite les relations avec autrui, il est plus facile d'entrer en contact avec les gens.
- Elle permet une plus grande sécurité émotionnelle c'est à dire l'acceptation de nous-mêmes, une plus grande tolérance a la vie et aux frustrations.
- Elle nous donne une perception plus réaliste des attitudes et des qualités.
- Elle nous permet une plus grande connaissance de nous-mêmes, un plus grand sens d'humour et la capacité de rire de nous-mêmes, de ce qui nous appartient.
- Une bonne estime de soi offre une meilleure perception de la vie en général.
- Certaines personnes se traitent comme si elles étaient leur propre ennemi, il est très important d'apprendre plutôt à se traiter comme on traite son meilleur ami et cela commence par la reconnaissance de sa propre valeur, vous y gagnerez les autres aussi.(André C, 2006, P 28-29).

La façon d'être est reliée aux dimensions fondamentales de la personnalité comme l'estime de soi qui joue un rôle très important sur la façon de vivre et de réagir.

2.3 L'influence de l'estime de soi sur la façon d'être

L'estime de soi est un carrefour, elle permet une source d'information permanente sur notre adéquation à l'environnement, douter de soi a pour fonction d'inciter à modifier la façon d'être. Les informations que délivre l'estime de soi sont précieuses, savourer lorsque tout va bien s'activer en cas inverse. Un ego en bon état de marche est un outil précieux pour la survie et la qualité de vie. L'estime de soi est une sorte de tableau de bord du moi qui va influencer le style de conduite, comme un tableau bord de voiture, sa mission est donc de signaler tout ceux qui fonctionnent et tous ceux qui ne fonctionnent pas dans le moteur psychique.

Sur le tableau de bord d'une voiture il y a une jauge d'essence un voyant indiquant la charge de votre batterie ...etc. L'estime de soi, de même, signale si les besoins fondamentaux sont satisfaits, si les réservoirs d'affection ou de réussite sont pleins ou pas trop proches du

zéro. En effet les carburants de l'estime de soi se répartissent en deux grandes catégories ; d'une part les signes de reconnaissance sociale (toutes manifestations affectives, sympathie, amour, admiration, estime reçu de la part des autres personnes). D'autres parts, les signes de préférence qui renvoient aux réussites, aux actions couronnées de succès.

Sur un tableau de bord d'une voiture des voyants d'alarme indiquent aussi des problèmes : température du moteur trop élevée, manque d'huile ; il en va de même pour l'estime de soi, les problèmes peuvent venir de multiples domaines mais au passage, précisons qu'il est de vaine de regretter les anciennes sociétés ou l'individu est soumis au groupe de manière écrasante ; l'estime de soi y dépendait de la conformité aux normes, il s'agissait en gros de rester à sa place. La tâche était plus simple mais au prix d'une soumission des règles plus manifestes et surtout plus rigides encore que celles auxquelles nous sommes aujourd'hui soumis. Mieux vaut avoir la possibilité de travailler à « l'invention de soi » selon la belle formule du sociologue Jean Claude Kaufman : « nous ne pouvons pas donc aujourd'hui nous passer de l'estime de soi pour survivre en ce monde pour éventuellement de changer, il en a bien besoin, si nous ne prenons pas soin de nous, si nous ne disposons pas d'un minimum d'estime de soi et de respect pour nous même ,alors nous n'agissons pas , ou moins bien et avec moins de lucidité et de sérénité ».

Disposé d'une bonne estime de soi ce n'est donc pas baigner dans une acceptation béate et naïve de ce qui est et de ce que l'on est, au contraire, nous le verrons, elle est le moteur de bien de changements et de bien de progrès. (Ibid., P 28-29).

Nous citerons donc que, chaque individu présente des différences au niveau de l'estime de soi selon leurs propres structures et leurs personnalités.

2.4 Les différences interindividuelles de l'estime de soi

Si les caractéristiques permettent de définir l'estime de soi chez tous les individus, il existe également des différences interindividuelles importantes. Ces différences permettraient en partie d'expliquer que certaines personnes présentent plus que d'autres, ces problèmes notables en termes d'ajustement, de santé mentale et de bien-être.

Ainsi, de nombreux auteurs se sont attachés à mettre sur pied des théories reflétant ces différences individuelles, parmi elles on peut citer celle de Campell Chew et Scratchley qui se

basent essentiellement sur plusieurs niveaux : la stabilité, la clarté, la certitude, ou encore la complexité. Les différences sont traitées en terme de niveau et de stabilité de l'estime de soi car elles s'avèrent particulièrement pertinentes à prendre en considération dans le cadre du model transactionnel.

2.5 Les caractéristiques d'une personne qui s'estime :

De nombreux auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font preuve d'estime de soi et à ce que ces personnes pensent d'elle-même, des autres et du monde en générale (marsh, et hocevar1985, Cooper Smith, 1967). Ces personne penserait qu'elles ont de la valeur, qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. Elles se sentiraient compétente. Non qu'elles sauraient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir. (Bergeron M., 2011 p30).

On trouve des personnes qui ont de la valeur et qui sont dignes d'être heureuses .ce sentiment de compétente ils se donnent le droit à l'erreur et souvent qu'elle appendre, ils pensent qu'elles sont responsable de ce qu'il leur arrive de leur bonheur surtout il cannaise qu'elles veulent et sont enclines à aigre pour obtenir aussi à une tendance à se montrer raisonnablement confus, créative et pleines d'un sens de l'humeur elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie.

Par rapport à leur attitude aux autres, elles se sentent leur égales ni supérieures ni inferieures. Les personnes qui ont une estime de soi sont en général calmes, coopératives sociable et bienveillantes envers leurs semblables ne craignant pas le jugement d'autrui, elle s'avent aussi très bien écouter, elles n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leur opinion si nécessaire.

Elles choisissent d'avoir des relations profondes avec quelques personnes, qu'elles aiment et entretiennent avec elles un lien émotionnel privilégie plutôt que des relations superficielles.

Parfois elles peuvent se sentir comme tous les autres déprimés ou anxieuses, mais elles sont mieux armées pour s'en remettre rapidement car elles décident consciemment au inconsciemment que c'est un passage, elles comptent sur ses ressources pour s'en sortir. (Josiane, 1999, p.23).

L'effet de soutien social est important c'est un élément essentiel au bien être que les personnes soient ou non exposées à des situations de vie difficile « ce sentiment de bien être serait dû à l'acceptation par le groupe à l'effort d'aide et à un environnement stable et rassurant ». (Bettschart et Al., 1992, p.22).

L'estime de soi ne peut être restaurée « qu'à travers une préservation de l'évaluation positive au seul élément qui peut encore faire l'objet d'une évaluation positive à savoir soi-même ». (Alouphilippe et Al, 1997, p.337).

Lui aussi a mentionné les liens entre l'estime de soi et l'adaptation et a expliqué que sur les différentes populations, plus les conditions de vie sont difficiles, plus l'estime de soi est forte.

Ils proposent comme hypothèse explicatives que l'estime de soi constituerait l'aboutissement d'un processus régulateur qui tendrait à maintenir cette évaluation de la valeur de soi.

Cette hypothèse lie donc estime de soi et adaptation comme la théorie de « Leray ». Mais d'une manière différente. Pour lui lorsque l'adaptation d'un individu est mauvaise, l'estime de soi baisse afin de créer un signal d'alarme, tandis que ici l'estime de soi s'élève pour compenser des difficultés adaptatives.

2.6 L'estime de soi et le suicide :

Il existe des troubles associés à la baisse d'estime de soi qui sont à la fois un facteur de risque de dépression et pour un déprimé, un critère de gravité et de mauvais pronostic. Plus l'estime de soi est basse, plus le danger de développer une dépression. Existe parallèlement des personnes ayant une plus grande tendance à rechuter.

Les personnes souffrant de la timidité excessive ou de phobie sociale, celles qui présentent des conduites de boulimie ou une personnalité très fragile ressentent une basse estime de soi, ces dernières sont hyper sensibles à toutes critiques ou des approbations, vécues à chaque fois comme un rejet, et se précipitent alors dans des comportements impulsifs souvent dirigés contre elle-même (les tentatives de suicide, automutilation). (Larousse, 2005, p.304).

Alors on peut dire qu'il y a une relation importante entre l'estime de soi et le suicide, Les personnes ayant une faible estime de soi sont susceptibles de passer à l'acte suicidaire.

Conclusion :

En conclusion, on peut dire que malgré les différences des conceptions théoriques sur la définition du concept de soi, qui demeure, d'une manière générale, tout ce qui est spécifique à l'individu, qui est bien organisé et indépendant de tous les sentiments et ses perceptions envers lui-même, et aussi sa perception de son image de soi qui influence sur sa personnalité (l'aspect individuel). Une représentation intérieure qui se construit à partir de notre contact avec les autres et l'environnement (l'aspect multidimensionnel) et quel que soit les approches, la question de l'image de soi et l'estime de soi apparaissent comme élément de base dans la vie de la personne.

L'estime de soi reste une dimension fondamentale de notre personnalité et un élément vital de notre équilibre psychologique.

CHAPITRE III

La méthodologie de recherche

La problématique :

Le suicide est un véritable fléau social. Faits divers et statistiques le prouvent. Les cliniciens, psychanalystes, psychiatres, médecins généralistes, psychologues le rencontrent quotidiennement comme une énigme à résoudre dans l'urgence, s'il n'est pas déjà trop tard.

Après une tentative de suicide, le psychanalyste n'a qu'un seul remède : laisser parler le sujet, voire l'inciter à la parole. Lorsqu'il le rencontre après un passage à l'acte qui l'a laissé muet et atterré, il en résulte un savoir surprenant, construit à partir de ce que le sujet voulait occulter en rejetant son inconscient dans l'acte. Cette production a un effet thérapeutique et elle peut prévenir une répétition fatale. Par ailleurs, elle nous enseigne sur les causes du suicide (contingence ou nécessité ?), sur la nature de son agent (objet ou sujet ?), sur les circonstances et le moment de sa décision (choix forcé ou liberté ?), sur la place du sujet dans (ou hors de son acte). (MOREL G., 2002, p24).

La plupart des religions condamnent le suicide comme la négation d'une volonté supérieure. Pour le stoïcisme antique, mettre un terme à sa propre vie est permis dans le cas où l'acte répond à une exigence de dignité. Dans la tradition japonaise, se donner la mort signifie se reconnaître vaincu et a pour enjeu de sauver, au moins par le courage, son honneur devant l'adversaire. Conduite extrême et peu fréquente (2.2% des décès en France en 1996), le suicide touche des personnes jeunes. Les hommes sont 2.6 fois plus nombreux à se suicider bien qu'ils fassent moins de tentatives que les femmes. Le taux de suicide est anormalement élevé en France chez les jeunes et représente la deuxième cause de mortalité des 15-24ans (après les accidents).

Dans « le suicide » (1897) Durkheim soutient que les principaux facteurs de suicide sont liés à une incertitude de l'individu relative à son ancrage social et aux règles qui le gouvernent : précarité socio-économique ; isolement (dans les sociétés fortement individualiste) ; célibat. (J. Lautman dictionnaire de la Rousse, le nouveau mémo encyclopédie, 1999 ; p 971).

En 1999, l'OMS a publié un document sur la prévention du suicide intitulé figure ans FACTS abouts suicide, qui rapporte les données officielles mises à sa disposition par ses états membres. En collaboration avec l'association internationale pour la prévention du suicide, ce

même organisme a annoncé en 2003 la tenue de la première journée mondiale de prévention du suicide qui aura lieu tous les ans le 10 septembre. Le but de cette journée est de sensibiliser les gouvernements du monde entier à l'importance d'inscrire la prévention du suicide dans leur programme de santé publique. Lors de la journée de 2004 à Genève, L'OMS a présenté le suicide comme « un problème de santé publique énorme, à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes, mais en grande partie évitables ». En 2004 on comptait près d'un million de décès annuels dus au suicide, ce qui représenterait près de 15 personnes sur une population de 100 000 habitants. Selon les estimations ce nombre pourrait s'élever à 1,5 million d'ici 2020. Parmi les pays fournissant des données sur le suicide, les taux les plus élevés se trouvent en Europe orientale et les taux les plus faibles, en Amérique latine dans les pays musulmans et dans quelques pays asiatiques. Les données sur le suicide sont rarement disponibles dans les pays africains. On estime que, dans le monde, le nombre de tentatives de suicide est de dix à vingt fois plus élevé que le nombre de décès par suicide. Sauf en milieu rural en Chine le suicide touche davantage les hommes que les femmes tandis que à l'inverse, le nombre de tentatives est plus élevé chez les femmes. (Encyclopédie de la mort).

Selon les estimations de l'organisation mondiale pour la santé (OMS), en l'an 2000, à peu près 1 million de personnes se sont suicidées et entre 10 et 20 fois plus ont fait des tentatives de suicide à travers le monde. Ceci représente en moyenne une mort toutes les 40 secondes et une tentative toutes les 3 secondes. Ainsi, le constat doit être fait qu'il y a plus de morts par suicide que de morts provoquées par tous les conflits armés à travers le monde. (Dolcissimo, 2001).

En Algérie, le suicide constitue, aujourd'hui, un véritable problème, les pertes humaines qu'il engendre, mais aussi des problèmes socio psychologiques qu'il reflète. Tenu secret aussi bien par les familles des victimes que par les praticiens qui reçoivent dans les hôpitaux des personnes qui se sont donné la mort ou qui ont tenté de le faire, ce phénomène prend malheureusement de plus en plus d'ampleur. Un bilan des services de la gendarmerie nationale fait ressortir que 112 cas de suicide ont été enregistrés durant l'année 2006 avec 83 du sexe masculin et 29 cas du sexe féminin. Le suicide touche selon le bilan, une importante couche de la population, notamment juvénile, poussant les spécialistes à tirer la sonnette d'alarme. Les moins de trente ans représentent 47 cas. Les suicidés viennent de différentes couches de la société, mais sont souvent des personnes sans profession avec 88 cas.

Quant aux causes de suicide, elles sont multiples. Les mêmes services notent la maladie mentale, la dépression nerveuse et le problème familial. Le phénomène touche surtout les wilaya de Bouira avec (13cas),Tizi ouzo(10cas)et Ain defla(7cas).elle sont par ailleurs 104personnes qui on tenté de se suicider .une récente études réalisé par la gendarmerie nationale a fait ressortir que de 1993 jusqu'au 31aout 2005,3709

Affaires de suicide et 1423 tentatives ont été traitées. Les suicides constatés concernent 2787 hommes, soit 75.08% de cas, et 924 des femmes, soit 24.91%des cas. Pour l'année 2005, les enquêteurs ont enregistré 136 suicidés dont 122, soit 82.25% sont des hommes, et 24, soit 17.64% sont des femmes, pour la plupart célibataires.

Pour mieux expliquer ce phénomène, les spécialistes ont indiqué que l'évolution de la famille algérienne, due essentiellement aux facteurs socioéconomiques a laissé des séquelles apparentes sur la structure de la société. Les effets de ces changements ont été accentués par les affaires du terrorisme qui ont profondément traumatisé la société toute entière. D'autres problèmes sociaux, tel que la crise du logement, le chômage, le vide culturel, des problèmes relationnels, les échecs scolaires, la drogue et l'oisiveté, sont venus se greffer à une situation de violence, facteurs qui ont lourdement influé sur la personnalité des individus.

Caractérisé par la détresse et l'angoisse éprouvée dans une situation difficile ou dangereuse vécue, le désespoir a été constaté chez 15% des suicidés. Se basant sur une étude épistémologique du phénomène, la FORM (Fondation pour la Recherche Médicale) donne, pour sa part, d'autres statistiques. Selon cette étude, entre 1995 et 2003, l'Algérie a comptabilisé 4571 suicides. Un chiffre qui n'est pas très réel en ce sens, expliquera l'étude, certains suicides n'ont jamais été déclarés du fait que ce phénomène est sujet tabou. Idem pour les tentatives de suicide (cinq fois plus importantes que l'acte lui-même) qui ; hormis les cas d'absorption de barbituriques et donc d'admission à l'hôpital. Le reste n'est jamais déclaré. Toujours, selon la FOREM, les wilayas les plus touchées par « l'autodestruction physique »sont Alger, Tizi ouzou, Bejaia Bouira, Ain dafla ; Tlemcen et Batna elles comptabilisent, à elles seules, près de 54%des cas.(l'expression , 16dec , 2006).

L'estime de soi est la valeur qu'on s'attribue dans les différents aspects de la vie. Ainsi, une personne peut avoir une bonne opinion d'elle-même au travail, mais une faible estime de soi comme parents. Chaque personne se forge une opinion d'elle-même sur le plan physique (apparence, habiletés, endurance), sur le plan intellectuel (capacités, mémoire, raisonnement) et sur le plan social (capacité de se faire des amis, charisme, sympathie).

Il en va de même en amour, au travail et en ce qui concerne la créativité. Il est clair qu'une personne ayant une bonne image d'elle-même dans la majorité de ces aspects aura une bonne estime de soi générale et que s'il aura une mauvaise image d'elle-même, il aura une basse estime de soi et cela est une des causes du suicide. (DUCLO G et al. 1995, p8).

Durant la pré enquête que nous avons effectué au sien du CHU de Bejaia, service de psychiatrie, wilaya de Bejaia, nous avons fait des observations et effectuer des entretiens avec les psychiatres et psychologues. Les informations obtenues nous ont révélé un taux élevés de suicide et tentative de suicide. Et notre question de départ est comme suite :

Est-ce que la tentative de suicide influence l'estime de soi des personnes ?

Les hypothèses :

Pour répondre à la question de départ, nous formulions l'hypothèse suivante :

- Les suicidants on une estime de soi négative.

Introduction

Pour effectuer une recherche il faut s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation.

Afin de réaliser notre recherche avec les suicidants, nous avons choisi d'appliquer le test d'estime de soi de Cooper Smith, en complémentarité à ce test nous avons utilisé l'entretien clinique (semi- directif). Il nous semble que cette combinaison entre ces deux outils nous permettra de cerner et d'évaluer l'estime de soi chez ces sujets.

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle on s'est basées pour effectuer notre recherche ainsi que le terrain, la population d'étude et les outils utilisées pour effectuer cette recherche.

1.1 Définition des variables**1.1.1 Le suicide :**

Est soit un acte rationnel exercé en fonction de considération morales, sociales religieuses philosophiques ou personnelles, soit au contraire un acte pathologique survenant alors au cours de l'évolution de divers affections mentales (dépression, délire chronique, démence confusion) ou d'une crise existentielle aigue sous forme d'un raptus auto agressif ; raptus très différents du suicide prémédité de certains mélancoliques ou délirante (Bloch.H, et Al, 1999 p763).

1.1.2 Tentative de suicide

L'OMS défini la tentative de suicide comme tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

1.1.3 L'estime de soi :

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valablement que par des comportements significatifs. (Cooper Smith, 1984, p.06).

Il ya une relation importante entre le suicide et l'estime de soi les personnes qui ont une faible estime d'eux même passe généralement à l'acte suicidaire.

1.2 Opérationnalisation des variables :**1.2.1 Le suicide et tentative de suicide :**

-Tentative de suicide.

-la récidive.

-Le passage à l'acte.

-La mort.

1.2.2 L'estime de soi :

-Bonne opinion de soi.

-La confiance en soi.

-La bonne relation familiale et sociale.

-L'amour en soi.

-Avoir des qualités.

Section 02 : La démarche méthodologique

Avant de définir la démarche utilisée on parlera de la pré-enquête qui nous a permis de choisir cette démarche.

2.1 La pré-enquête :

Permet de recueillir des informations sur le thème de notre recherche ainsi elle nous aide à mieux formuler nos hypothèses et permet de cerner le thème de la recherche en

vérifiant sa faisabilité par la suite. Cette étape nous a permis de préciser et de sélectionner notre population d'étude qui répond aux exigences du thème de la recherche qui est « l'estime de soi chez les suicidants ».

Des rencontres ont été réalisées avec des suicidants qui ont donné leur consentement pour la participation à cette recherche. Ensuite, on les a informés sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leurs situations et aussi appliquer le test d'estime de soi de Cooper Smith qui nous permet de cerner et évaluer l'estime de soi chez ces sujets.

Les rencontres avec ces suicidants se sont déroulées dans l'établissement CHU Frantz Fanon Bejaia service de psychiatrie.

Par ailleurs, afin de vérifier et de répondre à nos hypothèses de notre thème de recherche, on s'est basé sur la démarche clinique qui sous-tend un ensemble de techniques et outils utilisés par le psychologue clinicien qui permettent dans la relation thérapeutique de faire apparaître les éléments saillants de la problématique individuelle.

La démarche clinique a une rigueur particulière car elle prend en compte la complexité de l'objet d'étude et le fonctionnement psychologique de l'individu dans ces dimensions implicites objectives, subjectives, et la complexité de la rencontre. (Chahraoui Kh, Benony H, 2003, p09).

L'objectif de la démarche clinique est de comprendre l'état psychique de l'individu à partir de son histoire arrivant à ses relations actuelles. Comme notre étude vise à décrire une des composantes de la personnalité des suicidants qui est l'estime de soi des suicidants, on s'est basé sur la méthode descriptive, l'intervention en milieu naturel qui tente de donner une image précise d'un phénomène de cause à effet, comme c'est le cas dans la méthode expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois décrire la relation qui existe entre ses composantes (Ibid, 2003, p125).

On se base d'avantage sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, elle consiste à une observation approfondie d'un individu ou de groupe d'individus. Nous avons fait appel à l'étude de cas afin de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et celles du passé (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense etc.). L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects

sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet d'un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés (chahraoui.kh, et Bénony, p126).

2.2 La présentation du lieu de la recherche

L'approche du terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherche scientifique puisqu'elle constitue une base de données et d'informations sur le sujet étudié.

Notre étude s'est déroulée au niveau de l'établissement public hospitalier CHU Frantz Fanon dans la wilaya de Bejaia.

Dans cet établissement hospitalier, on trouve différents services par exemple le service de psychiatrie là où on a effectué notre stage pratique d'une durée de trois mois.

Ce service se compose d'un chef de service et d'un maître assistant qui nous aide à mieux avancer dans notre travail, des médecins psychiatres et des infirmiers ont aussi donné leur aide.

2.3 La population d'étude

Pour élaborer cette recherche, on a choisi 10 cas entre femme et homme qui ont fait au moins une tentative de suicide, ils ont entre 20 ans et 52 ans, et ils sont issus de différentes catégories sociales

- Nombre des cas de recherche et les caractéristiques de choix

Tableau 01 : les caractéristiques des cas de notre recherche.

Prénom	Age	Etat familial	Profession
Samia	40 ans	Mariée	Femme au foyer
Kahina	29 ans	Célibataire	Représentante commerciale
Lynda	36 ans	Mariée	surveillante

amira	19 ans	Célibataire	couturière
Kamel	42ans	Célibataire	boucher
Fadela	31 ans	Célibataire	Comptable
Samir	38 ans	Marié	chômeur
Rabiha	48ans	Mariée	Femme au foyer

2.3.1 La sélection des cas de notre étude

Elle dépend d'un certain nombre de critères :

a) critères d'homogénéité retenus

- Le sexe :

Homme et femme

- L'âge

Les cas doivent être des adultes âgés entre 19ans-40ans.

b) Les sujets suicidants

Sont tous des cas qui ont fait au moins une tentative de suicide.

c) les critères non pertinents pour la sélection de nos cas

- Le niveau intellectuel :

Le niveau intellectuel de nos cas varie, on n'a pas limité un certain niveau.

-La période de la tentative de suicide :

L'âge de la première tentative de suicide est différent selon nos cas.

- La situation familiale :

La situation familiale de ces suicidants est différente.

2.4 Les outils utilisés

Le clinicien soutient son exercice de connaissance, il utilise des techniques d'évaluation dans le but d'établir un état précis du fonctionnement d'un individu.

Pour pouvoir décrire et évaluer l'estime de soi chez les suicidants, on a utilisé deux techniques de recherche qui sont l'entretien semi directif et l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith (SEI).

2.4.1 l'entretien clinique semi directif**a) L'entretien :**

L'entretien est défini comme un acte de communication c'est à dire comme un échange de parole avec d'autres personnes. Cet échange suppose une transmission symbolique (le langage) mais ne s'y résume pas puisque le non-verbal a son importance.

b) L'entretien clinique se définit comme étant :

« Un outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête, c'est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continue et de reformulation d'hypothèses (Gotman A, 2007, p39).

L'entretien clinique est un outil d'investigation qui consiste souvent à faire parler les sujets dans le cadre d'une enquête psychosociale, Dans les entretiens post-expérimentaux ou dans les recherches en psychologie clinique par exemple.

A la différence du questionnaire, on invite le sujet à s'exprimer sur un thème particulier et sous la forme d'interviews, d'entretiens individuels ou de groupe. (Lavarde A, 2008, p192).

Selon M,Grawitz ,l'entretien est un mode de collecte de données ; « c'est un procédé d'investigation pour recueillir des donnée scientifiques, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé »(Dépelteau F, 2000, p314).

L'entretien clinique se constitue de trois types qui sont :

L'entretien directif, non directif et l'entretien semi directif.

Dans le cadre de notre recherche vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi directif de recherche pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ce dernier se définit comme une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'un individu ou un groupe de personnes qui permet de les interroger d'une façon plus libre en vue de contrôler des informations.

Il favorise l'expression libre associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises par les quelles l'examineur souhaite une réponse. (Chahraoui.K, Benony.H, 2003, p 32).

2.4.2 Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écouter et d'intervention de l'interviewer » (Blancet, 1992). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celles-ci seront nécessairement identiques pour tous les sujets. (Bénony H, Chahraoui. KH, 2000, p144).

Pour mener en pratique notre entretien, on a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes :

Axe 1 : informations personnelles, son objectif est de recueillir les informations sur le suicidant.ces données et informations nous aident dans l'analyse

Axe 2 : informations sur les relations familiales, son objectif est de savoir la qualité relationnelle avec sa famille.

Axe 3 : informations sur la vie professionnelle et social, son objectif est de savoir la qualité relationnelle du suicidant au sein de son environnement social et professionnel.

Axe 4 : informations sur l'estime de soi et des renseignements sur la santé psychique et physique. Son objectif est d'évaluer l'estime de soi et de se renseigner sur la vie psychique et physique du suicidant.

2.5 le test d'estime de soi de Cooper Smith(SEI)

Pour mesurer le niveau de l'estime de soi de notre population d'étude, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le centre de psychologie appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (SEI).

L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonge a été ajoutée, le SEI (self estime identité) comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ».

Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte), la composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : sous-échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

Tableau 02 : les items positifs et négatifs de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi.

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57

Les items sont aussi repartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonge.

Tableau 03 : les sous échelles de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi.

Sous échelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57.
Sous échelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52.
Sous échelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44.

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

2.5.1 Les étapes d'analyse des résultats de test d'estime de soi

L'analyse des résultats obtenus par le test d'estime de soi se fait en deux étapes qui sont les suivantes.

a) La cotation

La cotation du test d'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith, et comptant « 1 point » par croix apparaissant à travers les repères.

b) Les 5 notes obtenues :

Générale, familiale, sociale, professionnelle et mensonge seront inscrites sur la feuille de réponse, la note totale d'estime de soi sera obtenue en sommant les notes aux 4

c) Sous échelles : générale, familiale sociale, professionnelle. La note de l'échelle de mensonge n'entre pas dans le totale. La note maximale est de « 26 » pour l'échelle générale et de « 8 » pour les autres échelles, elle est de 50 pour la note totale d'estime de soi.

2.6 La grille de correction

Tableau 04 : la grille de correction.

Composantes	Items		Réponses	Notes
Estime de soi Générale	Positifs	1-4-19- 27-38- 39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatifs	3-7-10- 12-13-	Me ressemble	0

		15-18- 24-25- 30-31- 34-35- 48-51- 55-56-57	Ne me ressemble pas	1
Estime de soi sociale	Positifs	5-8-14- 28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatifs	21-40- 49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi Familiale	Positifs	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatifs	6-11-16- 22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi	Positifs	33-37-42	Me ressemble	1

professionnelle				
			Ne me ressemble pas	0
	Négatifs	2-17-23-46-54	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	Positifs	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatifs	36-45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

2.6.1 Classement et interprétation

Après la correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques et aussi la note totale de l'échelle de mensonge.

L'interprétation des résultats obtenus dans la correction est basée sur deux tableaux le premier est celui du niveau total de l'estime de soi classé par ordre en « 5 » classes et le deuxième concernant les valeurs caractéristiques des sous échelles : générale, sociale, familiale, professionnelle et mensonge.

2.7 Les niveaux de l'estime de soi

Tableau 05 : les niveaux de l'estime de soi.

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	≤ 33	Très bas
2	34 à 40	Bas
3	41 à 45	Moyen
4	46 à 49	Elevé
5	50	Très élevé

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Ce tableau indique qu'il y aura une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon « 5 classes », la classe première (≤ 33) c'est la note minimale qui indique un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas. C'est deux classes désignent ceux qui ont une évaluation négative d'eux même.

Ensuite la troisième classe de (41 à 45) considérée comme un niveau moyen d'estime de soi, c'est un indicateur d'une évaluation positive de soi. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49).

Enfin la dernière classe (50) qui englobe des sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Centre de psychologie appliquée, 1984, p13).

2.8 Valeurs et caractéristiques des sous échelle

Tableau 06: les valeurs et caractéristiques des sous échelles.

Sous échelle	générale	sociale	Familiale	professionnelle	totale	Mensonge
Moyenne	22,16	6.70	6,88	6.72	42,46	3,22

L'analyse et l'interprétation des résultats doit se faire par une comparaison intra individuelle, en repérant les domaines où l'estime de soi est plus basse ou plus élevée.

Une note élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis à vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi donc l'interprétation de la note totale d'estime de soi devra être modulée selon le résultat obtenu dans l'échelle de mensonge.

➤ **Les procédures de recueil des données**

Dans cette partie on présentera les conditions et les étapes de déroulement de notre pratique.

2.8.1 Les conditions de déroulement

On a effectué des entretiens en langue kabyle, arabe et français, cela en fonction du niveau de connaissance et aussi le niveau intellectuel de nos cas. Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués dans de bonnes conditions.

2.8.2 Les étapes du déroulement

Notre pratique s'est déroulée en trois phases :

a) Premièrement :

L'entretien préliminaire avec nos cas après explication de l'objectif et l'intérêt de notre recherche et après leur accord de participer et de travailler avec nous, on s'est fixé des rendez-vous par l'intermédiaire du responsable du service de psychiatrie.

b) Deuxièmement :

La réalisation de l'entretien semi directif avec chacun de nos cas, dont le but d'avoir des informations sur le sujet et les préparer pour l'application du test. La durée moyenne a été de 30 à 40 minutes.

c) Puis, la phase d'administration du test d'estime de soi :

Dont l'objectif d'évaluer et cerner le niveau d'estime de soi de chaque sujet. Dans la passation du test, on a respecté la durée telle qu'elle est recommandée dans le manuel.

Vu la différence du niveau intellectuel de nos cas ; on a jugé nécessaire d'utiliser différentes langues (kabyle, français et arabe). Au cours de l'administration du test on a évité l'emploi du terme « estime de soi » comme le recommande l'auteur.

Conclusion

Afin d'évaluer l'estime de soi des suicidants, on a effectué un stage pratique d'une durée de trois mois. Dans un cadre clinique, situé au service de psychiatrie

On a utilisé deux outils de recherche : l'entretien clinique semi directif à visée de recherche et l'échelle de mesure d'estime de soi de Cooper Smith (S.E.I).

Partie pratique

CHAPITRE IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

Section 01 : Etude de cas**1-1 Présentation du premier cas****1-1-1 présentation générale du cas « Samia »**

Samia est âgée de quarante ans (40ans). Mère au foyer, elle s'occupe de ses sept enfants (3filles et 4garçons). Elle est la 3ème d'une fratrie de six enfants et a quitté tôt l'école. Sa première tentative de suicide remonte à décembre 2012. Elle a essayé de s'étrangler avec un foulard suite à une dispute entre son mari et sa fille ainée.

L'entretien s'est déroulé au chevet de la patiente qui était hospitalisée au service de psychiatrie Frantz Fanon Bejaia juste après sa tentative de suicide.

A notre grand étonnement, après lui avoir expliquée l'objet de l'entretien ; Samia est disposée à nous relater tous les faits conscients ou inconscients qui l'ont poussée à franchir le pas, « tenter de mettre fin à sa vie ».

Elle commence par mettre en relief l'incompréhension de son acte ; qu'elle regrette son geste et se culpabilise énormément.

Juste après, elle commence à nous raconter sa vie présente et passée.

Marié de force à un homme qu'elle n'aime pas, entourée d'une belle mère qui ne cesse de l'humilier, de la rabaisser, de la mépriser, et pousse son mari à prendre une autre femme. Et voir mes enfants désorientés, que me reste-t-il comme ultime solution.

La patiente nous informe que parallèlement au ménage de la maison, elle s'occupe aussi du restaurant familial.

Placée entre le marteau et l'enclume, « le remariage de mon mari, mes enfants que je veux protéger, il m'arrivait d'y penser et cette fois encore suite à la dispute entre ma fille ainée et son père, j'ai décidé de mettre fin à cet étai et passer à l'acte bien que c'est un péché ».

Samia dit « Mon mariage a été un échec total, ma vie familiale est un désastre ».

1.1.2 Présentation des résultats du test de l'estime de soi de Cooper Smith (SEI)

Tableau 07 : résultat du test d'estime de soi de Samia

Echelles	générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Résultats	09	03	03	05	20	06

D'après ce tableau on constate que le sujet à un niveau d'estime de soi très bas « 20 ».

1.1.3 Analyse du cas

Nous pouvons noter que l'état psychologique de notre cas est perturbé. Son résultats à la sous échelle générale indique qu'elle a des difficultés puisque son Scor est de « 9 » qui est une note inférieure à la moyenne du test estimée à « 22.16 »

En ce qui concerne la sous échelle professionnelle notre cas a enregistré un score de « 5 » qui est une valeur inférieure en référence à la moyenne estimée à « 6.72 ».

Son résultat au niveau de la sous échelle familiale est de « 3 » il nous indique une mauvaise relation familiale et une vie de couple non épanouie.

Son résultat concernant la sous échelle social est de « 3 » ce qui signifie que notre cas a des problèmes relationnels.

On remarque que le score de la sous échelle de mensonge de Samia est très élevé Par Rapport a la moyenne qui est de « 3.22 » ce qui nous montre une attitude défensive Enver le test de l'estime de soi et faire le tout pour le tout pour donner une bonne image de soi.

1.1.4 Conclusion du premier cas :

D'après les résultats du test, on peut conclure que notre cas a une estime de soi très basse vu son total qui est « 20 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith (un Scor inférieur ou égal à ≤ 33 indique une estime de soi très basse).

1.2. Présentation du deuxième cas « Kahina »

1.2.1 .Présentation générale du cas

Mlle K une jeune fille âgée de 29ans, est la 3eme d'une fratrie de (4 garçons et 6 filles) célibataire, son niveau d'étude est supérieurs, actuellement, elle travaille dans une boîte de

communication étrangère installée en Algérie comme agent commercial. Sa première tentative de suicide remonte à mars 2009.

Au début le contact avec Kahina a été superficiel marqué par une froideur et de la distance de sa part. Et Elle était très fatiguée alors on l'a laissé s'endormir et elle nous a promis de nous parler une prochaine fois. Nous voilà lors du deuxième entretien elle était toujours dans le même état, mais au fur et à mesure de l'entretien, notre sujet commence à s'exprimer plus librement.

Kahina commence à nous raconter son histoire et nous parler de ces tentatives de suicides, d'un air fatigué triste et honteux, tout commence un jeudi soir lors de son retour chez elle pour passer le weekend à la maison.

Le soir même elle se lève pour se rincer le visage, croise le regard de son frère, ce dernier la frappe et d'un coup elle perd conscience un moment et il profite pour la violer, elle dit «qu'elle était choquée et qu'elle n'a pas arrêté de pleurer et personne n'a entendu ses pleurs. Elle s'est décidée à retourner à place le lendemain elle raconte l'histoire tragique à ses parents et ses frères et sœurs, personne ne la croit. C'est à ce moment là qu'elle décide de se donner la mort.

Elle ferme la porte à double tour et elle prend les médicaments de son père qui est diabétique, elle a été hospitalisée pendant deux jours, après un lavement d'estomac, elle dit « j'ai subi un viol, l'inceste du jour au lendemain ma vie a changé j'étais si heureuse dans mon travail maintenant j'ai perdu toute cette confiance en moi ».

À ce propos la psychanalyste Ginette Raimbault, écrit dans l'inceste 2005 « que deux fois l'issue dramatique du suicide chez une jeune femme et chez un jeune homme qui avait connu l'inceste ».

Elle a fini par déposer plainte et rompre tous contacts avec ses parents, elle est restée en contact seulement avec un frère plus jeune qu'elle qui était marié et qui avait une femme compréhensive.

J'ai fini par prendre un avocat et louer un petit studio et reprendre mon boulot malgré mon traumatisme psychologique.

Je suis devenue plus proche de cet avocat qui était là pour moi je le voyais comme un frère et un confident d'ailleurs il m'invite souvent à prendre un café avec lui.

Un jour j'ai décidé de l'inviter chez moi pour un diner, il est venu et on a passé un bon moment.

A la fin de la soirée il a essayé de m'embrasser je l'ai repoussé et il a fini par être agressif et me violer a son tour.

Comme elle le dit « l'histoire recommence le monde s'écroule à nouveau,j'ai décidé de déposer une autre plainte mais comme il était avocat il a su comment camoufler les preuves et acheter mon silence, « on est dans un pays ou la loi ne fait pas son travail ».

Elle décide de mettre fin ses jours « la vie n'a pas de gout dit elle je me sentais seule délaissée et sale, comme une vaut rien j'étais la victime mais le regard des gens et celui de ma famille me font passer comme la coupable du coup j'ai récidivé en faisant une autre tentative de suicide en me jetant par la fenêtre mais je n'en soies, avec une triple fracture au tibia, et un nez cassé

Elle dit « tahkaythiw c'est comme le film de fatma qui passe sur MBC » mon histoire c'est la même histoire que le feuilleton de fatma qui passe sur la chaine MBC ».

Kahina ajoute qu'elle ne regrette pas ses actes suicidaires et elle est prête à recommencer.

1.2.2 Présentation des résultats du test d'estime de soi de Cooper Smith (SEI)

Tableau 08 : résultat du test d'estime de soi de Kahina.

Echelles	Générale	Sociale	familiale	Professionnelle	Total	Mensonge
Résultats	13	02	01	03	19	02

La lecture des résultats montre que le sujet à un niveau d'estime de soi très bas « 19 ».

1.2.3 Analyse du cas

D'après l'évaluation du test, le score obtenu par notre cas dans la sous échelle générale est de « 13 » ce qui indique un niveau d'estime de soi très bas par rapport à la moyenne estimée à « 22.16 ».

Le résultat de « 1 » enregistré au niveau de la sous échelle familiale affirme que le sujet présent beaucoup de difficultés dans son milieu familial. « Ma famille ne me comprend pas » « ma famille ne me croit pas ».

Dans sa sous échelle sociale, Kahina présente un score de « 2 », cette valeur est inférieure à la moyenne estimée à « 6.70 » ce qui confirme que kahina à une mauvaise adaptation envers son entourage.

Dans la sous échelle professionnelle, kahina a un score de «3» qui reflète une valeur inférieure par rapport à la moyenne estimé à « 6.72 ».

Notre cas a enregistré aussi un score de « 2 » à la sous échelle de mensonge, qui est inférieure à la moyenne estimé à « 3.22 ».

1.2.4 Conclusion du deuxième cas

D'après cette analyse, on constate que notre cas a un niveau d'estime de soi très bas « 19» en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33 estime de soi très basse).

1.3 Présentation du troisième cas « Lynda »

1.3.1 Présentation générale du cas

Lynda, âgée de 35ans, l'ainée d'une fratrie de cinq filles et deux garçons. Elle est mariée et mère d'un petit garçon. Elle est surveillante dans un CEM. Elle est issue d'une famille modeste. Sa première tentative de suicide remonte à février 2013.

L'entretien s'est déroulé à l'hôpital Frantz fanon Bejaia au service de psychiatrie dans la salle de consultation.

Au début de l'entretien, la patiente est très anxieuse ; mais au fur et à mesure l'atmosphère s'est détendue et la patiente mise à l'aise, suite à nos encouragements et explications, elle a collaboré sérieusement.

Enceinte, Lynda consulte son gynécologue ; après une 4ème échographie, son médecin l'informe que son fils risque d'avoir des anomalies.

Depuis ce jour Lynda, ne se reconnait plus elle dit « je n'ai fait que pleurer, je n'acceptais pas l'idée d'avoir un enfant handicapé, je ne voulais plus de cet enfant, Les journées passent et l'angoisse de l'accouchement prochain me perturbe. J'ai perdu tout espoir ».

Enfin le jour le plus long est arrivé. « J’ai accouché, Dieu merci, en césarienne d’un enfant normal mais j’ai refusé de l’allaiter et d’avoir tout contact avec lui comme si ce n’était pas mon enfant, je reste insensible à ses pleurs, je le voyais comme la source de tous mes problèmes en plus des conflits avec mes beaux-parents ».

Aujourd’hui, tout cela remonte en surface. Lynda dit « je me culpabilise, je suis une mauvaise mère, incapable de donner de l’amour à mon propre fils ».

Son mari, avisé, la prend chez un psychiatre qui diagnostique un « post partume »

Selon le DSM-IV « le poste partum doit se manifester après l’accouchement et, au plus tard quatre semaines après cette date. C’est une période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales).c’est donc une période à risque de difficultés, en particulier lorsqu’il s’agit d’un premier enfant, et quand c’est une césarienne ».

Quelque temps après sa visite chez le psychiatre, Lynda a fini comme-même par une tentative de suicide.

Elle a voulu s’étrangler à l’aide d’un foulard, heureusement, son frère médecin l’a réanimée.

1.3.2 Présentation des résultats du test d’estime de soi Copper Smith (SEI)

Tableau 09 : résultat du test d’estime de soi de Lynda.

Echelles	générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
résultats	15	04	01	04	24	06

La lecture des résultats montre que le sujet à un niveau d’estime de soi très bas « 24 ».

1.3.3 Analyse de cas

Le score de la sous échelle générale d’estime de soi est de « 15 » une note inférieure à la moyenne « 22.16 ».

Du côté familial, notre cas a enregistré un score très bas de « 01 » qui est inférieur aussi à la moyenne estimée à « 6.88 » ce qui signifie que le sujet vit des lacunes dans ses relations familiales, elle vit mal sa maternité et ses relations avec son nouveau né et ses beaux parents.

Son résultat au niveau sociale est de « 4 » qui est un résultat bas par rapport à la moyenne estimée à « 6.70 » cela confirme que Lynda présente des difficultés au sein de son entourage et une inadaptation sociale.

Le score de « 4 » dans la sous échelle professionnelle est inférieur à la moyenne estimée à « 6.72 ».

On remarque que chez notre cas, le score de la sous échelle de mensonge est très élevé « 6 » par rapport à la moyenne estimée à « 3.22 » une note qui reflète une attitude défensive envers le test.

1.3.4 Conclusion du troisième cas

D'après cette analyse, on constate que Lynda souffre de sa relation avec son nouveau né et n'arrive pas à accepter sa nouvelle vie de maman en plus des quelques conflits avec la belle famille. Elle présente un niveau d'estime de soi très bas « 24 » tel qu'il est indiqué dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33 estime de soi très basse).

1.4 Présentation du quatrième cas « Amira »

1.4.1 Présentation générale du cas

Amira une jeune fille de 19ans, on lui a fait quitter le lycée en 2ème AS. Elle a fait un stage de couturière, elle est la dernière d'une fratrie de (4filles et de 3garçons) famille nombreuse. Elle est orpheline de père et sa mère est une femme au foyer.

Sa première tentative de suicide remonte à 3mois. Notre entretien porte sur sa 2eme tentative, qui s'est déroulé à l'hôpital Frantz fanon, au service psychiatrie où la patiente est hospitalisée.

Amira, la patiente, est très calme, détendue. Elle s'est montrée très coopérative, très volontaire de nous parler de son cas jusqu'à nous surprendre.

Elle commence par décrire son enfance épanouie et heureuse qu'elle aimerait bien revivre.

Son père l'adorait, la gâtait... malheureusement, la mort brutale de son père, a provoqué un séisme dans la cellule familiale.

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

Un jour, son frère, l'a surprise, entrain de discutée devant le lycée avec un camarade de classe, il a pris la décision de lui faire quitter l'école en plein année scolaire devant sa mère impuissante.

Elle voyait tous ses rêves s'écroulaient, elle qui voulait devenir médecin. Amira ne fait que pleurer, elle ne dort pas, dit d'un air triste « pour moi, c'est la fin de mon monde ».

Afin de mettre fin à cette souffrance, elle a décidé de prendre les comprimés de sa mère diabétique. Elle a été surprise par sa grande-sœur qui la faite vomir tout en lui promettant de ne pas dire à son frère. Cette fois ci, elle n'a pas été hospitalisée.

Des semaines après, « des invités se sont présentées à la maison pour demander ma main, et toujours mon grand frère, bien que je l'ai supplié pendant une semaine, refuse catégoriquement de donner son accord ».

«Encore une fois, je voyais mes rêves s'écroulaient, mon avenir brisé, et aussi, rien ne me retenait dans cette vie ».

Alors, après cette déception, Amira récidive, en buvant de l'eau de javel. Elle a fini par se retrouver aux urgences de l'hôpital et heureusement une bonne prise en charge lui a sauvée la vie.

Au final, amira regrette son geste, son appel au secours est entendu par son frère qui a fini par accepter son futur mari.

1.4.2 Présentation des résultats du test d'estime de soi de Copper Smith (SEI)

Tableau 10 : résultat du test d'estime de soi d'amira

Echelle	Générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Résultats	11	05	01	05	22	05

D'après ce tableau on constate que le sujet a un niveau d'estime de soi très bas « 22 ».

1.4.3 Analyse du cas

Les résultats de notre cas dans la sous échelle générale est de « 11 » qui sont inférieure à la moyenne estimée à « 22.16 »,

Son score à la sous sociale est de « 05 » qui est un bon niveau par rapport à la moyenne « 6.70 » ce score confirme que notre sujet a de bonnes relations sociales.

La sous échelle familiale est de « 01 » inférieur par rapport à la moyenne « 6.88 », cela signifie que notre Amira ne s'entend pas bien avec sa famille sur tout avec son grand frère « en plus d'une mère impuissante, le grand frère, ne cesse de la rabaisser, la mépriser ».

Dans la sous échelle professionnelle Amira a un score de « 05 » qui est une note inférieure à la moyenne estimée à « 6.72 ».

Son score dans la sous échelle de mensonge est de « 05 » supérieur à la moyenne qui est de « 3.22 » ce qui signifie une attitude défensive par rapport au test.

1.4.4 Conclusion du quatrième cas

La concordance entre les résultats de l'entretien et clinique et l'évaluation du test Cooper Smith démontre que Amira à une mauvaise relation du côté familial surtout avec le grand frère, on remarque une estime de soi très basse puisqu'elle a enregistré un score de « 22 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith (une note ≤ 33 signifie un niveau d'estime de soi très basse).

1.5 Présentation du cinquième cas « Kamel »

1.5.1 Présentation générale du cas

Ms Kamel, un homme âgé de 42ans, marié depuis 20ans, père de 2enfants dont une fille de 16ans et un garçon de 11ans, Il est boucher de profession, il gagne très bien sa vie, sa tentative de suicide remonte à février 2013.

L'entretien se déroule au chevet du patient, toujours à l'hôpital Franz fanon Bejaia service psychiatrie, le contact avec Kamel s'est fait d'une manière très facile et spontané, Il nous à accordé son consentement pour participer à cette étude, qu'il juge intéressante, en discutant des principales difficultés liées à sa tentative de suicide.

Kamel commence par nous avouer son amour pour sa femme et ses enfants. Aussi il avoue avoir commis l'irréparable d'un air désespéré, Il se culpabilise.

Maintenant, Kamel commence à nous raconter son histoire, du début jusqu'à sa tentative.

Kamel avait une voisine qui à une jeune fille de 29ans, orpheline de père et avec peu de moyens. Kamel gagne bien sa vie, alors il fait de son mieux pour aider cette famille, ses voisins.

Avec le temps, Kamel finit par tomber sous le charme de la fille de la voisine et il dit « je suis amoureux de la fille de la voisine ».

Il nous le déclare d'une manière très sérieuse et avec beaucoup d'émotion et rajoute « que ceci ne se fait pas, vu que je suis marié à une femme que j'aime et aussi je ne sais pas si on peut aimer deux femmes en même temps ».

Kamel qualifie aussi sa voisine comme sa maitresse car il mène depuis longtemps une double vie et ceci depuis 9ans sans que sa femme ne s'en aperçoive.

Un jour, un prétendant se pointait chez ma voisine pour lui demander sa main c'est la journée la plus terrible de ma vie.

Kamel dit « j'ai vu ma vie s'écrouler mais j'ai fini par accepter et j'ai décidé de l'aider pour la préparation de la fête et lui acheter tout ce qu'il fallait pour un mariage heureux ». Et C'est la femme à Kamel qui a préparé les gâteaux, la fête s'est bien déroulée.

Quelques semaines sont passées et contre toute attente, je reçois un coup de téléphone de ma maitresse, m'appelant à l'aide, au secours. Elle est battue par son mari alcoolique et par les remarques de sa belle-mère. Et depuis, aucune nouvelle.

Impuissant, écroulé en pleurant, il décide de se pendre dans sa propre boutique. Sauvé par un client qui appelle les pompiers, qui finissent par le réanimer.

Suite à cette tentative, sa famille a découvert toute cette histoire de 9ans et par malheur, sa femme demande le divorce. « Kamel regrette mais précise qu'il est trop tard ».

1.5.2 Présentation des résultats du test d'estime de soi de Cooper Smith (SEI)

Tableau 11 : résultats du test d'estime de soi de Kamel.

Echelle	Générale	Sociale	familiale	Professionnelle	total	mensonge
résultats	11	04	02	07	24	05

La lecture des résultats montre que le sujet à un niveau d'estime de soi très bas « 24 »

1.5.3 Analyse du cas

D'après l'évaluation du test, le score obtenu par notre cas dans la sous échelle générale est de « 11 » ce qui signifie un niveau d'estime de soi générale très bas par rapport à la moyenne « 22.16 ».

Le résultat de « 2 » enregistré au niveau de la sous échelle familiale affirme que le sujet présente beaucoup de difficultés dans le milieu familial «j'ai perdu ma femme et mes enfants ».

Dans sa sous échelle sociale Kamel enregistre un score de « 4 », cette valeur est inférieure à la moyenne estimée à « 6.70 » ce qui confirme que Kamel à une mauvaise adaptation envers son entourage.

Par contre dans la sous échelle professionnelle, Kamel présente un score de « 7 » qui est supérieur à la moyenne estimée à « 6.72 » car Kamel est épanoui et satisfait dans son travail et gagne bien sa vie.

Et Son score de la sous échelle de mensonge est de « 5 » qui est supérieur à la moyenne estimée à « 3.22 ». Ce qui indique une certaine résistance vis à vis du test.

1.5.4 Conclusion du cinquième cas

D'après l'entretien et l'échelle d'estime de soi on constate que Kamel à des problèmes familiaux et on sent qu'il manifeste une certaine culpabilité par rapport à l'erreur qu'il a commise et on constate que notre cas à un niveau d'estime de soi très bas « 24 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33 estime de soi très basse).

1.6 Présentations du sixième cas « Fadela »

1.6.1 Présentation générale du cas

Fadela, une jeune célibataire de 31ans, la 4eme d'une fratrie de 8enfants dont (5garçons et 3filles). Elle est comptable dans une société privée. Sa tentative de suicide date de janvier 2013.

L'entretien se déroule dans le même service de psychiatrie. La patiente était un peu distante et montrait une certaine froideur. Au fur et à mesure de l'entretien, notre sujet commence à se détendre et à se mettre à l'aise.

Fadela souffre de L'anorexie mentale qui est définie par le DSM-VI-TR comme une peur intense de prendre du poids, le refus de maintenir un poids corporel.

Fadela se voyait grosse et comme elle nous le disait « je suis énorme, on dirait une baleine ».

Fadela commence des régimes. Elle évite les sucreries ; ensuite elle saute les repas.

Elle disait « je cherche volontairement à m'occuper et travailler pendant la pose déjeuner pour éviter de manger ».

Elle pèse 29kg et commence à avoir des problèmes de l'aménorrhée (absence primaire ou secondaire des règles).

Elle s'angoisse de plus en plus. Elle voulait perdre du poids mais aussi s'inquiète de perdre aussi ses règles définitivement et ne pas pouvoir avoir d'enfants plus tard.

Consciente de cette situation, Fadela déprime et nous déclare « malgré l'aide psychologique de mes parents et frère et sœur mais ils ne me comprennent pas assez ; ni mon problème ni ma souffrance, tout se passe dans ma tête. Je n'arrive pas à accepter mon apparence et je suis lasse ».

Fadela voulait mettre fin à ses souffrances par ce que dit elle « ma famille et ma mère souffrent avec moi et on me voit toujours comme malade et impuissante ».

Fadela dit « mes yeux n'arrivent pas à accepter l'image que mon miroir me reflète ».

Fadela est désespérée et toujours mécontente de son poids, en plus, l'anorexie m'a provoquée des maladies cardiaque et j'ai voulu en finir, Un soir tout le monde à la maison dormait, j'ai pris un mélange de médicaments. Mon estomac a tout rejeté et j'ai fini par tout vomir et ma mère a accouru. Elle s'est effondrée en larmes, m'a serrée dans ses bras et prie le bon Dieu pour que tout cela cesse.

Fadela nous dit « je regrette mon geste, ce moment de faiblesse et de passage à l'acte car je suis très croyante ».

1.6.2 Présentation des résultats du test d'estime de soi Cooper Smith (SEI) Tableau n 6 :**Tableau n 12 :** résultat du test d'estime de soi de Fadela

Echelles	générale	sociale	familiale	Professionnelle	total	mensonge
résultats	10	04	04	06	24	03

La lecture des scores de l'échelle affirme un niveau d'estime de soi très bas « 24 ».

1.6.3 Analyse du cas

D'après les résultats mentionnés sur le tableau ci-dessus on constate que notre sujet a obtenu un score de « 10 » dans la sous échelle générale, cette valeur est très basse et inférieure à la moyenne estimée à « 22.16 ».

Son score à la sous échelle sociale est de « 4 » qui est aussi inférieur à la moyenne cela explique que Fadela a une estime sociale faible, cela est probablement dû aux difficultés qu'elle rencontre au sein de son entourage.

On remarque aussi que dans la sous échelle familiale notre cas présente un résultat bas de « 04 » qui est inférieur à la moyenne estimée à « 6.88 » ce qui indique que Fadela vit des difficultés avec son milieu familial car sa famille est toujours derrière elle. « Me force à manger, ma famille ne me comprend pas assez ».

Au niveau de la sous échelle professionnelle, notre sujet a enregistré un score de « 06 » une note qui est inférieure à la moyenne estimée à « 6.72 ».

Au niveau de la sous échelle de mensonge notre sujet a une note de « 3 » qui est inférieure à la moyenne estimée qui est de « 3.22 ».

1.6.4 Conclusion du sixième cas

La concordance entre les données obtenues au cours de l'entretien et du test d'estime de soi montre que Fadela souffre de son anorexie mentale et qu'elle a un niveau d'estime de soi

très bas de « 24 » comme il est indiqué dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33 désigne un niveau d'estime de soi très bas).

1.7 Présentation du septième cas « Samir »

1.7.1 Présentation générale du cas :

Samir un homme âgé de 38ans marié depuis quelques années et père d'un petit garçon de 5ans. Il est au chômage depuis quelque temps et sa tentative de suicide remonte à janvier 2013.

Notre entretien s'est déroulé au service de psychiatrie de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia.

Au début de l'entretien, le sujet parait froid, peu bavard, méfiant. On remarqua alors que notre sujet est timide mais au fur et à mesure de notre approche, il commença par se libérer.

Samir commence à nous raconter sa tentative de suicide, suite à la mort de son père. Il va perdre tous les repères. « Notre père, retraité m'aidait économiquement et toute ma famille est réunie autour de lui et quelque soit les problemes on arrive à joindre les deux bouts ».

Samir dit « A la mort de mon père, les problèmes avec mes frères et sœurs ont commencé. Nous avons vendu la maison familiale et chacun est parti de son côté. Quand a moi, j'ai du louer, une petite maison. Je cumulé des boulots mais je n'arrive pas à boucler les fins de mois ».

Sa femme n'arrête pas de lui faire la pression en lui disait « tu n'es pas un homme, tu es un incapable » et il trouve que sa femme à raison.

Samir dit « j'ai commencé à déprimer, je rentre tard à la maison et le peu que je gagne, je le dépense dans la drogue et l'alcool pour fuir la réalité ».

Samir fini par perdre même ses petits boulots et sa femme, un soir lui annonce qu'elle est enceinte de 3mois.

Samir dit « je ne savais quoi faire, la seule et unique solution est de mettre fin à mes jours sachant que je vais faire mal à ma petite famille et surtout ne pas connaitre le petit dernier ».

J'étais dépassé par la situation et samedi soir, j'ai pris de l'alcool mélangé à la mort au rat tout en regardant la photo de mon fils, en pleurant, plus rien et voilà que je me retrouve à l'hôpital entouré de ma famille et c'est la que je me rends compte de la gravité de mon geste.

Voilà, je suis sorti de l'hôpital et transféré ici, au service de psychiatrie pour me reposer.

1.6.2 Présentation des résultats du test d'estime de soi de Cooper Smith (SEI)

Tableau 13 : résultats du test d'estime de soi de Samir.

Echelles	générale	sociale	familiale	professionnelle	total	Mensonge
résultats	10	06	02	02	20	04

La lecture des résultats montre que le sujet à un niveau d'estime de soi très bas « 20 ».

1.6.3 Analyse du cas

D'après l'évaluation du test, le score obtenu par notre cas dans la sous échelle générale est de « 10 » ce qui indique un niveau d'estime de soi générale très bas par rapport à la moyenne estimée à « 22.16 ».

Le résultat de « 2 » enregistré au niveau de la sous échelle familiale affirme que le sujet présent beaucoup de difficultés dans son milieu familial. « Ma femme me met de la pression et me rabaisse au lieu de me reconforter ».

Dans la sous échelle social Samir enregistre un score de « 6 » cette valeur est inférieure à la moyenne estimée à « 6.70 » ce qui confirme que Samir a une mauvaise adaptation envers son entourage.

Dans la sous échelle de mensonge, notre cas a obtenu un score de « 4 » qui est une note supérieure à la moyenne qui est de « 3.22 ».

Et dans la sous échelle professionnelle Samir enregistre un score de « 2 » qui est inférieur à la moyenne estimé à « 6.72 » car Samir est au chômage et sans aucune activité professionnelle.

1.6.4 Conclusion du septième cas

D'après cette analyse, on constate que notre cas à des difficultés familiales et professionnelles et d'après le test d'estime soi, notre cas à un niveau d'estime de soi très bas « 20 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33 estime de soi très basse).

1.8 Présentation du huitième cas Rabiha

1.8.1 Présentation générale du cas

Rabiha une dame âgée de 48ans, femme au foyer, divorcée et mère de deux enfants. Sa tentative de suicide remonte à février dernier.

Le premier contact avec notre sujet a eu lieu à l'hôpital Frantz fanon, juste après sa tentative de suicide vu son état, notre entretien a été bref.

Les circonstances ont fait qu'on rencontre une deuxième fois Rabiha au service de psychiatrie et toxicomanie d'Ihaddaden. L'entretien s'est déroulé dans le bureau du psychologue.

Rabiha nous parle librement, elle dit qu'elle cherche depuis longtemps une écoute attentive et elle est très contente de participer à notre thème de recherche.

Tout a commencé le jour ou elle à perdu son fils aîné dans un accident de la circulation. Elle dit « c'est le jour ou ma vie a basculé, il ne reste que mon Corps ».

Elle disait « je ne pensais qu'à mon fils et j'ai abandonné mon mari, ma petite fille, je m'isolais et je ne parlais pas et sortait peu. Mon mari a fait l'impossible pour me sortir de cette situation. Mon plaisir est d'aller tous les vendredis me recueillir sur la tombe de mon fils et lui dire combien il me manque. Cette situation a trop duré et mon mari a demandé le divorce ».

Rabiha a fini par divorcer et aussi un autre malheur, elle perd la garde de sa fille et se retrouve au domicile de ses parents ou vivent son frère marié, sa mère dépressive, suivie en psychiatrie.

Rabiha dit « j'ai perdu toute ma propre famille et je me retrouve entre les mains de la femme à mon frère, dit elle « je fais tout et j'ai souffert dans le silence ».

« Je me suis dite que la vie ne valait pas le coup d'être vécue ».

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats

Rabiha décida de mettre fin à ses souffrances en prenant les médicaments de sa mère. Evacuer aux urgences de l'hôpital, Rabiha a échappé à la mort.

Aujourd'hui Rabiha se sent mieux et regrette son geste suicidaire. et les malheurs causés à sa famille.

1.6.2 Présentation des résultats du test d'estime de soi de Cooper Smith (SEI)

Tableau 14 : résultats du test d'estime de soi de Rabiha.

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	professionnelle	Total	mensonge
Résultats	09	03	01	04	17	04

D'après ces résultats on constate que notre cas a un niveau d'estime de soi très bas « 17 ».

1.8.3 Analyse du cas

Le sujet présente un score de « 09 » dans la l'échelle générale, qui est inférieur à la moyenne du test estimée à « 22.16 ».

Son résultat dans l'échelle familiale est de « 01 » qui est une note très basse inférieure à la moyenne « 6.88 » ce qui implique des difficultés sur ce plan.

Le sujet a enregistré un score de « 03 » au niveau de la sous échelle sociale, qui est un résultat bas en référence à la moyenne qui est « 6.70 ». Cela affirme que notre cas présente des difficultés au niveau de ses relations sociales. « Je ne voulais parler avec personne, je m'isolais ».

Sur le plan professionnel notre cas a enregistré une valeur de « 4 » qui est inférieure par rapport à la moyenne « 6.72 ».

Son score dans la sous échelle de mensonge est de « 4 » qui est inférieur à la moyenne estimée à « 3.22 ».

1.8.4 La conclusion du huitième cas

Le total des scores obtenu à l'échelle d'évaluation d'estime de soi qui est de « 17 », ce qui correspond à un niveau d'estime de soi très bas comme il est indiqué dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33 reflète un niveau d'estime de soi très bas).

1.2 Présentation et analyse des résultats de l’entretien

1.2.1 Présentation de la méthode d’analyse de l’entretien

Les données recueillies à l’aide du guide d’entretien semi directif sont des données qualitatives, pour ce fait, l’analyse de contenu nous parait pertinente comme technique de traitement de ce type de données ; on peut définir cette technique comme suite : « l’analyse de contenu est une technique qui étudie compare les sens des discours pour mettre à jour les systèmes de représentation véhiculées par ces discours, l’objectif de l’analyse du contenu ainsi réalisée est en effet double : stabiliser le mode d’extraction du sens et produire des résultats répondants aux objectifs de la recherche (Blanche A, Gotman A,2007,p89).

Ajoutons que l’analyse des discours est « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications ayant pour but de les interpréter ». (Bardin L, 2003, p39).

Pour que l’analyse du discours soit valide et correcte, on découpe le discours en catégories bien déterminées.

1.2.2 Présentation des catégories d’analyse

Les catégories dégagées de l’analyse sont les suivantes :

a) attitude du sujet envers sa tentative de suicide

Les suicidants ont des attitudes différentes envers leur tentative de suicide après tout ce qu’on a constaté dans notre étude à travers les données de l’entretien semi directif, on distingue qu’il y a des suicidants qui regrettent leur geste suicidaire et qui avancent dans leur vie et en la considérant comme étant une phase noire dans leur vie, il y a d’autres suicidants qui ne regrettent pas leur acte suicidaire.

Tableau 15 : répartition des sujets selon leurs attitudes envers leur tentative de suicide.

fréquences	Nombre de cas
catégories	

Les sujets qui regrettent leur tentative de suicide	06
Les sujets qui ne regrettent pas leur tentative de suicide	01

Ce tableau nous indique que la majorité de nos cas regrette leurs actes suicidaires.

Les 06 cas qui regrettent leur tentative de suicide sont :

-Samia qui nous dit dès le début qu'elle se culpabilise énormément d'avoir commis ce geste.

-Ensuite Lynda qui au cours de l'entretien annonce : « andamagh et je prie Dieu nuit et jour pour retrouver ma vie d'avant et oublier cette épisode noir de ma vie »

-Kamel nous déclare dans l'entretien qu'il regrette son geste mais il est un peu trop tard car sa femme a demandé le divorce. Mais malgré sa c'est un geste qu'il regrette car c'est un péché.

Kamel regrette également son geste, il disait « se suicider ce n'est pas une solution ».

-Fadela notre cas anorexique regrette à son tour son geste comme elle le dit « déjà je suis très croyante et pratiquante, je n'arrive pas a comprendre mon geste je prie Dieu pour me pardonner ».

- Rabiha dit « oufhimghara amek awtar a dkhamarr a dasuicidire alors que naki tamakrante et atsalar ».

_Amira regrette son geste malgré ses deux tentative de suicide « je suis jeune, je me dis c'est une erreur de jeunesse ».

-Le seul sujet qui ne regrette pas sa tentative de suicide c'est : Kahina qui avouera « que vivre avec deux viols en tête est impossible » du coup Kahina ne regrette pas son geste est risque de récidiver.

Pour conclure, il faut signaler que l'attitude de nos cas envers leur tentative de suicide se situe entre amplification, acceptation et minimisation, et la majorité de nos cas regrette leur geste fatale mis a part un seul cas qui risque de récidiver.

b) Qualité des relations familiales

D'après les données de l'entretien avec nos cas, on peut répartir les sujets selon leurs relations familiales en groupes : les sujet ayant de bonnes relations avec leurs familles qui sont au nombre de « 01 » ;

Exemple : Fadela a de bonnes relations avec sa famille bien qu'ils ne comprennent pas sa maladie.

Tableau 16 : répartition des sujets selon leurs relations familiales.

catégorie	fréquences	Nombre de cas
Bonnes relations		01
Mauvaises relations		07

D'après ce tableau, on constate que la majorité de nos cas, au nombre de « 07 », ont de mauvaises relations au sein de leurs familles, sauf le cas de fadela qui a le soutien relatif de sa famille.

c) **Qualité des relations sociales**

Dans cette catégorie également, on essaiera de d'écrire et de classer les sujets en fonction de la qualité de leur relations sociales. Ceux qui ont de mauvaises relation avec leur entourage, qui sont au nombre de « 05 » avoue que la tentative de suicide a perturbé leurs rapport sociaux, Samia qui affirme « beaucoup de personne m'on qualifié de folle ». Kahina déclare «les gens jugent sans connaitre les choses ».

Il ya aussi ceux qui ont de bonnes relations sociales et que leurs tentative de suicide à renforcer les liens comme c'est le cas pour Fadela qui énonce « on s'amuse bien en ma compagnie » ce qui signifie qu'elle est appréciée des autres.

Ou encore le cas de Kamel qui déclare « je m'entends bien avec ceux qui m'entourent, et surtout mes clients, que je considère comme ma petite famille ».

Tableau 17 : répartition des sujets selon la qualité des relations sociales.

fréquences	Nombre de cas
Bonnes relations	02
Mauvaise relation	06

D’après ce tableau, on remarque que la majorité des cas, au nombre de 6/10, n’arrivent pas à rétablir de meilleures relations sociales « amis, entourage, voisinage », cela témoigne de la difficulté de ces cas à vivre normalement après une tentative de suicide. Le regard et les jugements des autres ne contribuent pas à l’apaisement surtout dans une société où le suicide est tabou et péché alors que les 02 autres restants ne présentent pas de difficultés à ce niveau et il s’adapte bien avec leur environnement social.

2.1 Présentation et analyse des résultats du test (SEI)

Après la cotation du test d’estime de soi, on a obtenu les scores suivants :

Tableau18 : résultats du test d’estime de soi (SEI).

Résultat Du Test Les cas	générale	sociale	familial e	professionnel le	total	mensonge	Niveau D’estime de soi
Samia	09	03	03	05	20	06	Très bas
Kahina	13	02	01	03	19	02	Très bas
Lynda	15	04	01	04	24	06	Très bas
Amira	11	05	01	05	22	05	Très bas

Kamel	11	04	02	07	24	05	Très bas
Fadela	10	04	04	06	24	03	Très bas
Samir	10	06	02	02	20	04	Très bas
Rabiha	09	03	01	04	17	04	Très bas
moyenne	11	03.87	01.87	04.50	21.25	04.37	Très bas

On remarque que le score général de chaque sous-échelle du test d'estime de soi de nos cas est inférieur à la moyenne, ce qui signifie un niveau général d'estime de soi très bas de nos cas selon les catégories de l'échelle de Cooper Smith.

D'après les résultats présentés dans ce tableau, on constate aussi que la majorité des cas ont une estime de soi très basse, enfin tout nos cas ont une estime de soi basse, ce qui signifie que ces sujets se caractérisent par une évaluation négative de soi ; les huit (08) cas étudiés ont une estime de soi très basse.

2.2 Classement des sujets à partir des résultats du test d'estime de soi

Les données recueillies, en utilisant l'échelle d'évaluation de l'estime de soi Cooper Smith, ont permis de classer les résultats de nos cas selon leur niveau d'estime de soi en 2 groupes.

Le premier groupe se caractérise par une estime de soi positive, le second par une estime de soi négative.

Tableau 19 : répartition des cas en fonction de leur niveau d'estime de soi.

Qualité de l'estime de soi	Estime de soi positive	Estime de soi négative
fréquences		

Nombre de cas	00	08
---------------	----	----

D'après ce tableau, on conclut que tous nos cas sans exception sur lesquels on a effectué notre étude, soit 08/08, se caractérisent par une estime de soi négative.

La moyenne des scores de ce groupe est estimée à « 20 » ce qui signifie, selon les classifications de l'inventaire de Cooper Smith (≤ 33) indique une estime de soi très basse, un niveau d'estime de soi très bas.

2.3 Discussion des hypothèses

Pour pouvoir réaliser la partie pratique de notre étude, nous avons choisi un échantillon composé de huit cas entre femme et homme qui ont fait une tentative de suicide âgé entre 19 et 47ans, et qui nous ont donné leur consentement éclairé pour participer à cette recherche.

Après avoir présenté et interpréter les résultats obtenus dans notre pratique (résultat du test de Cooper Smith et de l'entretien clinique semi-directif). On arrive à la phase de discussion des résultats, afin de confirmer ou bien d'infirmer nos hypothèses.

Notre objectif de départ est de mesurer l'estime de soi chez les suicidants.

2.3.1 Discussion des données relatives à notre hypothèse

a) Les suicidant ont une faible estime de soi.

D'après les résultats obtenus, on peut conclure que tous nos cas présentent un niveau d'estime de soi négatif (08ca sur 08 présente un résultat inférieur) la moyenne de leurs estime de soi est de est de « 20 » ce qui signifie un niveau d'estime de soi très bas. (≤ 33 estime de soi très basse selon l'inventaire de Cooper Smith).

La plus part des scores de nos sujet sont inférieurs aux moyennes. Leurs résultats indiquent qu'ils ont des perturbations au niveau de leur image de soi. Prenons l'exemple de Samia qui présente des notes toutes basse en référence à la moyenne par conséquent son niveau d'estime de soi est très bas.il faut souligner que c'est le cas de tous nos sujets.

Samia présente un score de « 20 » ce qui indique une estime de soi très basse ;

Kahina à un score de « 19 » qui signifie également un niveau d'estime de soi bas ;

Même cas pour Lynda qui a un résultat de « 24 » qui indique que son niveau d'estime de soi est très bas ;

En ce qui concerne Amira et Kamel, ils ont enregistré des respectifs de « 22 » et « 24 » ce qui veut dire qu'ils ont un niveau d'estime de soi très bas ;

Pour ce qui est du cas de Fadela qui a obtenu une moyenne de « 24 » cela signifie que son niveau d'estime de soi est très bas ;

Même chose pour Samir et Rabiha ils ont enregistré des moyennes de « 22 » et « 17 » ce qui implique que leur niveau d'estime de soi est très bas.

Les résultats obtenus sont compatibles avec la conclusion de Baker « le suicide est un geste agressif vis-à-vis de soi-même modulé par des facteurs externes et internes facteurs interne : estime de soi et contrôle de soi ; si très haute estime de soi et peu de contrôle de soi personne ne survivra sa sera une explosive homicide, si peu d'estime de soi et très grand contrôle de soi implosif qui va provoquer un suicide ».

Tous ces résultats signifient que l'estime de soi est très faible chez les suicidants et que c'est une des causes qui déclenche le passage à l'acte.

conclusion générale

Conclusion générale

L'estime de soi chez les suicidants est un thème d'étude très important et très sensible à traiter et cela pour différentes raisons : quelles soient liées au contexte socioculturel Algérien ou bien à la personnalité des sujets suicidants.

L'idée de départ de cette étude c'est l'évaluation de l'estime de soi chez les suicidants.

Notre objectif est de cerner l'influence de l'estime de soi sur l'équilibre psychologique sur les adultes en général et l'estime de soi. Et pour la réalisation de ce travail, nous avons choisi une population de 08 cas, des personnes ayant commis au minimum une tentative de suicide au service de psychiatrie au niveau du C H U Frantz fanon BEJAIA. La revue de la littérature concernant le sujet nous a permis de mieux cerner la problématique et les différents aspects liés au thème, qu'ils soient en relation avec l'approche sociale ou bien son impact psychologique. Ce qui nous a aidés dans la construction du guide d'entretien et le choix du test pour l'évaluation de l'estime de soi.

Après la passation du test d'estime de soi de COOPER SMITH et l'entretien clinique, on constate que les suicidants ont une faible estime de soi ou une basse estime de soi.

D'après les résultats obtenus par le test d'estime de soi, on peut déduire que la plus part de nos cas présentent une évaluation de soi négative dans toutes les sous échelles du test (générale, familiale, sociale, professionnelle).

On remarque chez la plus part de nos cas des scores élevés dans la sous échelle de mensonge, et cela en référence à la moyenne du test, ce qui explique une attitude défensive envers le test et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Pour conclure, il faut souligner que les résultats obtenus au cours de notre recherche ne peuvent pas être généralisés à tous les suicidants, puisque chaque cas en psychologie est particulier.

Afin de mieux comprendre et étudier ce thème, il faut adopter une approche pluridisciplinaire, pour mieux cerner tous les abords du thème de recherche et surtout s'appuyer sur les études longitudinales pour suivre l'évolution et les changements de la situation des sujets en utilisant différents tests.

D'autres thèmes pourront être étudiés comme les tentatives de suicide chez les adolescents et les sujets jeunes.

Bibliographie

La liste bibliographie

1) Ouvrages :

- 1) André C. (2006)., « Imparfait lires et heureux : pratiques de l'estime de soi », Odile Jacob, Paris.
- 2) André C, LiLord F. (2007)., « L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres », Odile Jacob, paris.
- 3) Bolognini, M et al. (1998). « Estime de soi Perspective développemental ». Lausanne : delachaux et Nestlé.
- 4) Blanchet A, Gotman A. (2007)., « L'enquête et ses méthodes, l'entretien », Armand colin, paris.
- 5) Bates B, (2010)., « Guide de l'examen clinique », PUF, paris
- 6) Chahraoui K, Benony H. (2003)., « Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique », Dunod, paris.
- 7) Cooper Smith. (1984). « Inventaire d'estime de soi (S.E.I) ». Paris : Ed Copyright.
- 8) Centre de psychologie appliqué, « L'inventaire d'estime de soi de S. Cooper Smith »
- 9) Durkheim E. (1887)., « Suicide : études sociologique ». Livre 1, 2eme édition, paris, la bibliothèque de l'université du Québec (1967).
- 10) Duclos G. (1995) « Estime de soi des adolescents ». canada.
- 11) Dederix J.(2010)., « Voix et estime de soi », harmattan, paris
- 12) Dehaies,G (1952)., « suicide vie med evolut med ther ».
- 13) Freud S. (1901) « Mépris et maladresse in Freud psychologie de la vie quotidienne », petite bibliothèque Payot, paris.
- 14) Josiane, S- P. (1999). « Estime des soi, confiance en soi ». : Inter Edition ; paris.
- 15) JOUGLA E. COLL (2002)., « La qualité des donnée de mortalité par suicide, revue épidémiologique de santé publique » vol 50 janvier n1 France.
- 16) Lavarde A. (2007)., « Guide méthodologique de la recherche en psychologie », de Beok, Bruxelles.
- 17) Lavarde A, (2008). , « Guide méthodologique de la recherche en psychologie », De beok, Bruxelles.
- 18) Laporte, D. (2002). « Favorisé l'estime de soi des 0-6 ans ». Éd hôpital de sainte-Justine.

- 19)** Lemperière th. (2000)., « Dépression et suicide », Masson, paris.
- 20)** Mouquet M. Bellamy (2006)., « Suicide et tentative de suicide en France étude et résultats dressés » n488, paris.
- 21)** Mishara B et Tousignant M. (2004). Canada, presses de l'université de Montréal
- 22)** Mishra B et Tousignant M. (2004) « comprendre le suicide ».canada, presses de l'université de Montréal.
- 23)** Morazs L. Et Danet. F. (2008). « comprendre et soigner la crise suicidaire ». Paris, DUNOD.
- 24)** Morel G. (2002), « mourir...un peu...beaucoup.... ». ères, paris.
- 25)** Moron P. (2005), « suicide »,puf, paris.
- 26)** Organisation Mondial de la Santé (2001)., « impact des troubles mentaux du comportement, rapport sur la santé dans le monde ».
- 27)** Pommereau X. (2010). « l'adolescent suicidaire ». Dunod, paris.
- 28)** Roussille B. (décembre 2001) ., « prévention primaire du suicide chez des jeunes ». édition CFES, paris.
- 29)** Sourbier jp., (2002). « prévention du suicide », Organisation Mondial de la Santé .
- 30)** Walter M. (19 et 20 octobre 2000)., « la crise suicidaire : reconnaitre et prendre en charge ».paris, conférence de consensus ANAES.
- 31)** Védrine J.D et Weber CH. (19 et 20octobre2000). « les étapes de la crise suicidaire »., conférence de consensus ANAES. Paris.

2) Thèses :

- 1- Anusaksathien N, (2010/2011), « le test du dessin du personnage chez le sujet suicidaire », thèse de doctorat en psychologie clinique, université de Poitier.
- 2- Bergeron M, (2011), « Définition de l'estime de soi et de son phénomène en

Interaction avec ses concepts associés », thèse de doctorat en psychologie,
Université de Québec à Trois- Rivières.

- 3- Dufresne MJ, (2000/2001), « style attribution, résolution de problèmes et désespoir chez des adolescents suicidaires en milieu scolaire », thèse de doctorat en psychologie, université du Québec à Trois-Rivières.
- 4- Gobance L, (2008/2009), « le stress et l'estime de soi des enfants en compétition », thèse de doctorat nouveau régime en sciences techniques des activités physiques et sportives, Université de Reims Charpagne Ardenne.

3) Dictionnaires

- 1- « Dictionnaire pratique Aristide Quillet », (1974), France.
- 2- Cauale G, (1999), « encyclopédie le memo », Larousse, Italie.
- 3- Dortier, J-F. (2004). « Le dictionnaire des sciences humaines ». Quebecor world.
- 4- Silamy N. (2003), « Dictionnaire de psychologie »Ed Larousse-VUEF, paris.
- 5- « le grand dictionnaire de la psychologie », (1999), Bourdos, Larousse, paris.
- 6- Dictionnaire de Trévoux universel et latin », (1704-1771), du nom de la ville de Trévoux.
- 7- Micro R. dictionnaire du français promordial.

4) Journaux

- 1- Amalou F. (2006)., « l'Algérie, la Kabylie demeure la région la plus touchée par ce phénomène social », l'expression.

5) Références éclectiques

- 1- DR Nathalit p et al ., « risque suicidaire de l'adulte », <http://senon.pagesperso-orange.fr/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Risque%20suicidaire%20de%20l'adulte.pdf>, 09/02/2013.

Annexes

Le guide d'entretien

ANNEXE N°1 :

Axe n°1 : informations générales sur le patient.

-Sexe ?

-Age ?

-Quel est votre niveau d'études ?

-Quel est votre Situation matrimoniale ?

-Fonction ?

Axe n°2 : Informations sur les relations familiales :

-Pouvez-vous nous parlez de vos relation avec vos parents ?

-Pouvez-vous nous parlez de votre relation avec vos frères et sœurs ?

-Pouvez-vous nous parlez de vos relation au sein de votre famille ?

-Est ce que vos relations ont changé avec votre famille depuis votre tentative de suicide ?

Axe n°3 : informations sur la vie sociale et professionnelle :

-Quelle sont vos loisirs et vos activités sociales ?

-Avez-vous des conflits sociaux ?si oui avec qui ? Pourquoi ?

-Préférez-vous rester à la maison ou sortir dehors ?

-Est ce que votre tentative de suicide a une influence sur votre vie professionnelle ?

-Comment sont vos relations avec vos amis ?

-Pouvez-vous nous parler de votre profession ?

-Pouvez-vous nous parlez de votre vie quotidienne ?

Axe n°4 : l'estime de soi et la santé physique et psychique :

- Est-ce que vous vous sentez seul ?
- Est-ce que vous aimez rester seul ?
- EST-ce que vous vous exprimez facilement quand vous êtes dans un groupe ?
- Avez-vous une mauvaise opinion de vous-même ?
- Êtes-vous sûr de vous-même ?
- Avez-vous honte de vous-même ?
- Êtes-vous content de votre vie ?
- Vous sentez-vous malheureux ? Si oui à quel moment ?
- Vous sentez-vous désespéré ? Si oui pourquoi ?
- Vous sentez-vous incapable de faire face à la vie quotidienne ?
- Est-ce que les difficultés rencontrées dans la vie peuvent pousser les gens à se suicider ?
- Selon vous, c'est quoi le suicide ?
- D'après vous, pour quelle raison les gens se suicident ?
- Est-ce que vous avez des moments de tristesse ?
- Avez-vous des problèmes de sommeil ?
- Avez-vous des envies de pleurer ?
- Les premières idées suicidaires remontent à quand ?
- Pouvez-vous nous parler de votre première tentative de suicide ?
- Pouvez-vous nous dire ce qui vous a poussé à passer à l'acte ?
- Que vous sentiez au moment de votre acte ?

-Regrettez-vous votre acte ?si oui pourquoi ?

-Pensez-vous que vous avez réussi votre vie ?

-Comment vous-vous voyez maintenant ?

-Comment vous êtes vu par les autres ?

-Quelles sont vos projets d'avenir ?

Annexe n° 02 :

Echelle d'évaluation d'estime de soi de Cooper Smith

La consigne

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».

- Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. je trouve très pénible de prendre la parole dans un groupe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il y a en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse bien en ma compagnie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. je suis souvent contrarié par ma famille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Je suis très apprécié 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 souvent l'impression d'être harcelé par ma famille........
23. je me décourage souvent quant je suis entrain 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........

27. Je suis assez sur 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 de mon activité professionnelle..... ...
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire..... ...
35. Je regrette souvent ce que je fais..... ...
36. Je ne suis jamais heureux..... ...
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux..... ...
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul..... ...
39. Je suis assez content 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, aime quand on vient me trouvé 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 reproches..... ...
46. dans mon travail, je ne réussis pas 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 homme/femme........
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes......
50. Je ne suis jamais intimidé........
51. J'ai souvent honte de moi........
52. Les autres me cherchent souvent querelles........
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 que 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 N°3 :

Les réponses des 08cas de notre population d'étude.

1. les résultats du cas (01) : Samia

Item	Me ressemble	ne me ressemble pas	Cotation
01	x		1
02	x		0
03	x		0
04		x	0
05	x		1
06	x		0
07	x		0
08	x		1
09	x		1
10	x		0
11	x		0
12	x		0
13	x		0
14		x	0
15	x		0
16		x	1
17		x	1
18	x		0
19	x		1
20		x	0
21	x		0
22		x	1
23	x		0
24		x	1
25	x		0
26	x		1
27	x		1
28	x		1
29		x	0
30	x		0
31	x		0
32	x		1
33	x		1
34		x	1
35	x		0
36	x		1
37	x		1
38		x	0
39		x	0
40	x		0
41		x	0
42	x		1

43	x		1
44	x		0
45		x	1
46		x	1
47	x		1
48		x	1
49	x		0
50		x	0
51		x	1
52	x		0
53	x		1
54	x		0
55	x		0
56	x		0
57	x		0
58	x		1
Total		Basse estime de soi (20)	

2. Résultats du (2) cas : Kahina

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01	x		1
02	x		0
03	x		0
04	x		1
05		x	0
06	x		0
07		x	1
08	x		1
09		x	0
10	x		0
11		x	1
12	x		0
13	x		0
14		x	0
15	x		0
16	x		0
17	x		0
18		x	1
19	x		1
20		x	0
21	x		0
22	x		0
23	x		0
24	x		0
25		x	1

26		x	0
27	x		1
28		x	0
29		x	0
30	x		0
31		x	1
32		x	0
33	x		1
34		x	0
35	x		0
36	x		0
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40		x	1
41		x	0
42	x		1
43	x		1
44	x		0
45		x	1
46	x		0
47	x		1
48		x	1
49	x		0
50		x	0
51		x	1
52	x		0
53		x	0
54	x		0
55	x		0
56	x		0
57	x		0
58	x		1
Totale		Très Basse estime de soi (19)	

Résultats du (3) cas : Lynda

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01		x	0
02	x		0
03		x	1
04	x		1
05	x		1
06	x		0
07	x		0
08	x		1
09		x	0

10	x		0
11	x		0
12	x		0
13	x		0
14		x	0
15		x	1
16		x	1
17		x	1
18	x		0
19	x		1
20		x	0
21	x		0
22	x		0
23	x		0
24		x	1
25		x	1
26		x	1
27		x	0
28	x		1
29		x	0
30	x		0
31		x	1
32	x		1
33	x		1
34		x	1
35		x	1
36	x		0
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40	x		0
41		x	0
42	x		1
43		x	0
44	x		0
45		x	1
46	x		0
47	x		1
48		x	1
49		x	1
50	x		1
51		x	1
52	x		0
53	x		1
54	x		0
55		x	1
56		x	1
57	x		0

58	x		1
Totale		Très Basse estime de soi (24)	

Résultat du (4) cas : Amira

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01	x		1
02		x	1
03	x		0
04		x	0
05	x		1
06	x		0
07		x	1
08	x		1
09		x	0
10	x		0
11		x	1
12	x		0
13	x		0
14	x		1
15		x	1
16	x		0
17		x	1
18	x		0
19	x		1
20		x	0
21		x	1
22	x		0
23	x		0
24	x		0
25		x	1
26		x	0
27	x		1
28	x		1
29		x	0
30	x		0
31		x	1
32	x		1
33		x	0
34		x	1
35	x		0
36	x		0
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40	x		0

41	x		1
42		x	0
43	x		1
44	x		0
45		x	1
46		x	1
47		x	0
48		x	1
49	x		0
50		x	0
51	x		0
52	x		0
53	x		1
54		x	1
55	x		0
56	x		0
57	x		0
58	x		1
Totale		Très Basse estime de soi (22)	

Résultat du (5) cas : Kamel

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01		x	0
02	x		0
03	x		0
04	x		1
05	x		1
06		x	1
07		x	1
08	x		1
09		x	0
10	x		0
11	x		0
12	x		0
13	x		0
14		x	0
15		x	1
16	x		0
17		x	1
18		x	1
19	x		1
20		x	0
21	x		0
22	x		0
23		x	1

24		x	1
25		x	1
26		x	0
27		x	0
28	x		1
29		x	0
30	x		0
31	x		0
32	x		1
33	x		1
34		x	1
35	x		0
36	x		0
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40		x	1
41	x		1
42	x		1
43		x	0
44		x	1
45		x	1
46		x	1
47	x		1
48		x	1
49	x		0
50		x	0
51	x		0
52	x		0
53	x		1
54		x	1
55	x		0
56	x		0
57	x		0
58	x		1
Totale		Très basse estime de soi (24)	

Résultat du (6) cas : Fadela

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01		x	0
02	x		0
03	x		0
04	x		1
05	x		1
06		x	1

07	x		0
08		x	0
09	x		1
10	x		0
11	x		0
12	x		0
13	x		0
14		x	0
15	x		0
16	x		0
17		x	1
18	x		0
19	x		1
20		x	0
21	x		0
22	x		0
23	x		0
24	x		0
25		x	1
26		x	0
27		x	0
28	x		1
29	x		1
30	x		0
31		x	1
32	x		1
33	x		1
34		x	1
35		x	1
36	x		0
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40		x	1
41		x	0
42	x		1
43		x	0
44		x	1
45		x	1
46		x	1
47	x		1
48		x	1
49		x	1
50		x	0
51	x		0
52	x		0
53	x		1
54		x	1

55		x	1
56	x		0
57	x		0
58		x	0
Totale		Très basse estime de soi (24)	

Résultat du (7) cas : Samir

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01		x	0
02	x		0
03		x	1
04		x	0
05	x		1
06	x		0
07	x		0
08	x		1
09		x	0
10	x		0
11	x		0
12	x		0
13	x		0
14		x	0
15	x		0
16	x		0
17		x	1
18		x	1
19		x	0
20		x	0
21		x	1
22		x	1
23	x		0
24		x	1
25		x	1
26		x	0
27		x	0
28	x		1
29		x	0
30	x		0
31		x	1
32	x		1
33		x	0

34		x	1
35	x		0
36		x	1
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40		x	1
41		x	0
42		x	0
43		x	0
44		x	1
45		x	1
46	x		0
47		x	0
48		x	1
49		x	1
50		x	0
51	x		1
52	x		0
53	x		1
54	x		0
55	x		0
56	x		0
57		x	1
58		x	0
Totale		estime de soi (20)	

Résultats du (8) cas : Rabiha

item	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
01		x	0
02	x		0
03	x		0
04		x	0
05	x		1
06		x	1
07		x	1
08		x	0
09		x	0
10	x		1
11	x		0
12	x		0
13	x		0
14	x		1
15	x		0
16	x		0
17		x	1

18	x		0
19	x		1
20		x	0
21		x	0
22	x		0
23		x	1
24	x		0
25	x		0
26	x		1
27		x	1
28	x		1
29		x	0
30	x		0
31		x	1
32	x		1
33		x	0
34		x	1
35	x		0
36	x		0
37	x		1
38	x		1
39		x	0
40	x		0
41		x	0
42	x		1
43	x		1
44	x		0
45	x		0
46	x		0
47	x		0
48		x	1
49	x		0
50		x	0
51		x	1
52	x		0
53	x		1
54	x		0
55	x		0
56	x		0
57	x		0
58	x		1
Total		Basse Estime de soi de (17)	