

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

Adolescence et suicide : S'estimer pour se sauver ?

Travail de Bachelor

DE OLIVEIRA POUSEIRO Artur N° matricule : 14327381

GAVILLET Simon N° matricule : 16872822

Directrice : Mme FAVRE Sandrine – Maître d'enseignement

Membre du jury externe : M. ACKET Alexandre – Infirmier

Genève, le 9 juillet 2019

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 9 juillet 2019

De Oliveira Pouseiro Artur & Gavillet Simon

REMERCIEMENTS

Ce travail de Bachelor n'aurait été possible sans l'aide précieuse de plusieurs personnes. Il nous tient à cœur de leur faire part de nos remerciements.

Nous remercions chaleureusement Madame Sandrine Favre, maître d'enseignement à la Haute École de Santé de Genève, de nous avoir accompagné, guidé et soutenu pendant l'élaboration de ce travail et tout au long de notre formation. Ses mots, sa bienveillance et sa sensibilité ont été, et continueront à être, une grande source d'inspiration.

Nous remercions fortement Monsieur Alexandre Acket d'avoir accepté de venir en tant qu'expert de terrain pour la soutenance et de l'intérêt qu'il a porté à notre travail.

Nous remercions sincèrement Monsieur Alexis Samuel R.W. Gaillard pour ses relectures, sa patience et son investissement.

Pour terminer, nous remercions nos familles et nos amis pour leur soutien indéfectible.

RÉSUMÉ

Contexte

Le suicide des adolescents est une problématique socio-sanitaire d'actualité. Dans le monde, un décès par suicide sur quatre concerne un individu de moins de 25 ans ; le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans (OMS, 2018).

Objectif

L'objectif de ce travail est d'explorer le rôle de l'estime de soi dans la problématique du suicide adolescent. La pertinence des interventions infirmières guidées par la théorie intermédiaire de Meleis et basées sur un renforcement de l'estime de soi, afin de prévenir un passage à l'acte, est questionnée.

Méthode

Le présent ouvrage est une revue de la littérature. La discussion s'articule autour de six articles scientifiques sélectionnés dans les bases de données suivantes : PubMed, CINAHL et PsycINFO. Les thèmes suivants ont été inclus à la recherche : adolescence, suicide, estime de soi, rôles et interventions infirmiers. Les articles choisis ont été rédigés entre 2004 et 2019.

Discussion

L'estime de soi est mobilisée dans un contexte de dépistage de la problématique du suicide. Des interventions infirmières contribuant à soutenir et renforcer l'estime de soi de l'adolescent ont été utilisées dans diverses études et leur impact sur la réduction du risque suicidaire a été souligné. Un autre concept est ressorti de certains des articles sélectionnés : le soutien par les parents et les pairs est régulièrement associé au suicide et à l'estime de soi chez la population adolescente.

Mots-clés : Adolescent, Suicide, Estime de soi, Rôle Infirmier

Keywords : Adolescent, Suicide, Self Esteem, Nurse's role

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BDI	Beck Depression Inventory
CESD	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health
CSE	Contingent Self-Esteem Scale
DMI	Depressive Mood Inventory
GSW	Global Self-Worth
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HeTOP	Health Terminology / Ontology Portal
HSQ	High School Questionnaire
MAPS	Measure of Adolescent Potential for Suicide
MeSH	Medical Subject Headings
MSCS	Multidimensional Self-Concept Scale
MSCS	Multidimensional Self-Concept Scale
OBSAN	Observatoire Suisse de la Santé
OFS	Office Fédérale de la Statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PANSI	Positive And Negative Suicide Ideation Inventory
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PICO	Population, Intervention, Comparaison, Outcome
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale
SAFA-D	Self-Administred Psychiatric Scales for Children and Adolescents – Depressive Scale
SBQ-R	Suicidal Behavior Questionnaire - Revised
SCS	Self-Concept Stability
SPPA	Self-Perception Profil Adolescents
SPS	Suicide Probability Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCLA	University of California, Los Angeles, Loneliness Scale

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1. PICO.....</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 2. PubMed et PsycINFO</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 3. Cinhal</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 4. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 5. Tableau de synthèse des thématiques</i>	<i>44</i>

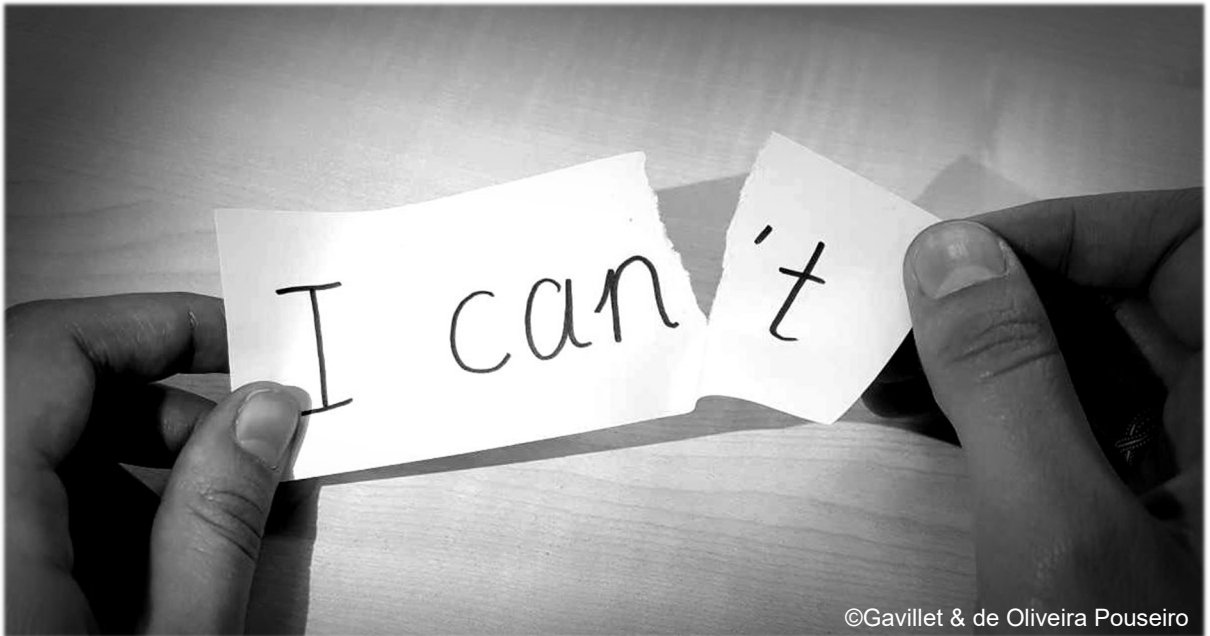
LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.</i>	<i>36</i>
---	-----------

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vi
Table des matières.....	7
1. Introduction.....	10
2. État des connaissances.....	11
2.1. La santé mentale.....	11
2.2. Le suicide.....	11
2.3. Épidémiologie.....	12
2.4. Effets et conséquences du suicide.....	12
3. Prévention primaire et secondaire.....	13
4. Adolescence.....	14
4.1. Développement de l'adolescent.....	15
4.2. Les adolescents et la tentative de suicide.....	18
5. L'estime de soi.....	20
5.1. Naissance et développement de l'estime de soi.....	22
5.2. Définitions de l'estime de soi.....	24
6. Ancrage disciplinaire.....	25
6.1. L'origine des soins infirmiers.....	25
6.2. Les paradigmes.....	29
6.3. L'école de pensée.....	29
6.4. Les assomptions de Meleis.....	30
6.5. Les métaconcepts.....	31
6.5.1. La personne.....	31
6.5.2. Le soin.....	31
6.5.3. La santé.....	32
6.5.4. L'environnement.....	32
6.6. La « Transitions theory » : sa pertinence en regard de la problématique.....	32
6.6.1. Postulats et concepts en lien avec la problématique.....	33
7. Synthèse et problématique.....	34
8. Méthode.....	34
8.1. Équations de recherche.....	35

8.2. Diagramme de flux	36
9. Résultats	36
9.1. Tableaux comparatifs	36
10. Discussion	44
11. Références	58
12. Annexes	66
12.1. Fiches de lectures	66
12.2. Middle-Range Transitions Theory de Meleis (2000).....	94



1. INTRODUCTION

« L'adolescence est le passage entre le monde donné de l'enfance et l'existence d'homme à fonder » (Simone de Beauvoir, 1948).

L'adolescence c'est ce carrefour de l'existence où les enjeux sont nombreux. Une étape où les règles du jeu et la distribution des rôles changent et que chaque individu est amené à traverser. L'adolescent est un être mystérieux en proie à une quête d'identité et de sens qui, à travers les âges, a toujours eu le don de susciter l'incompréhension de ses aînés. Certains parents souhaiteraient lire les pensées de leur adolescent, mais qu'espèrent-ils y trouver ? Le propre de l'adolescence n'est-il pas de tendre à se comprendre soi ? Comment alors exprimer ses besoins et ses envies si nous sommes incapables de les identifier ? L'adolescence c'est tout ça et bien plus, une période de vulnérabilité qui teintera à jamais l'existence de chacun. L'adolescent a besoin d'un entourage pour se construire mais quand celui-ci ne le comprend plus à qui peut-il s'en remettre ? Qu'est-ce qui différencie une adolescence physiologique d'une adolescence pathologique ? Si elle est pathologique comment inverser le processus ? Par quels outils venir en aide à des êtres tourmentés qui tutoient le néant ? Quand tout paraît insupportable et que la seule issue possible est de se détruire, comment rendre le goût de la vie ? Comment faire ressortir le meilleur enfoui sous le pire ? Autant de questions qui tourmentent les proches et les soignants évoluant au côté de ces adolescents catégorisés « à risque suicidaire ». Ce travail de Bachelor va chercher à explorer la construction de l'identité de l'adolescent afin de mieux comprendre à quel moment elle devient à risque et comment les infirmiers¹ peuvent intervenir. Ceci en s'appuyant sur le concept de l'estime de soi, qui semble être une véritable ligne de vie quand il s'agit de gravir la falaise glissante et battue par les vents qui conduit à l'âge d'adulte. Tout cela afin de questionner la pertinence des interventions infirmières visant à améliorer ou à maintenir l'estime de soi chez les adolescents à risque suicidaire.

« Croire, ou avoir confiance dans les possibilités de l'adolescent, même quand tout nous dit le contraire, c'est croire en l'Homme [...], croire en la vie. Ils sont nos enfants. Fruits de la société que nous avons bâtie et de l'éducation d'aujourd'hui, ils constituent notre avenir. Les observer, c'est nous regarder nous-même » (Claude Bynau, 2004, p.11).

¹ Lire également au féminin

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre a pour objectif d'éclaircir certains concepts nécessaires à la compréhension de ce travail. Quelques données épidémiologiques seront également énoncées, afin de mieux percevoir l'ampleur du problème de santé publique abordé, à savoir, le suicide.

2.1. La santé mentale

La santé mentale est une composante essentielle de la santé. Il s'agit d'un état de bien-être permettant à la personne de se réaliser et de surmonter les obstacles liés à l'existence. Être en bonne santé mentale permet de contribuer à la vie de sa communauté et d'être productif (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2018). Le bien-être mental et psychologique dépend du contexte socio-économique, de l'environnement dans lesquels la personne évolue mais également des caractéristiques ou ressources psychiques de l'individu. Ce bien-être peut être influencé par la diminution de l'estime de soi (OMS, 2012). Ces facteurs de bien-être mental et psychologique ainsi que les caractéristiques personnelles de l'individu peuvent être préjudiciables pour l'estime de soi et peuvent même conduire la personne à une tentative de suicide. En effet, l'OMS déclare qu'un lien fort entre la santé mentale et le suicide existe (2018)

2.2. Le suicide

Le suicide est l'acte de mettre fin à ses jours (OMS, 2018). Aujourd'hui, dans la plupart des pays du globe, le suicide est tabou. Une forte stigmatisation lui est associée, si bien que les personnes concernées peuvent se sentir mises à l'écart de la société (OMS, 2014). L'acte suicidaire est un phénomène complexe influencé par plusieurs facteurs. Un ou plusieurs diagnostics psychiatriques, comme la dépression et les antécédents de tentative de suicide multiplient par respectivement 30 et 20, le risque de comportement suicidaire (Cohen et Périsset, 2003). D'autres facteurs restent liés aux antécédents biographiques, tels qu'un parent décédé, un problème d'alcoolisme chez les parents ou la toxicomanie dans la famille (LaRosa, Consoli, Hubert-Vadenay et LeClésiau, 2005). Dans le développement de l'adolescent, une attirance envers une personne du même sexe peut être source d'angoisse et de honte, ce qui contribue à un état dépressif, voire un passage à l'acte (Marcelli et Berthaut, 2001).

On retrouve également les facteurs de stress récents, comme des violences familiales, l'échec scolaire ou le manque d'estime de soi. La consommation de drogues et de médicaments peut aussi favoriser un tentamen (LaRosa et al., 2005).

2.3. Épidémiologie

Dans le monde, plus de 2000 personnes se suicident par jour, soit une personne toutes les 40 secondes. En 2012, cela a représenté environ 804'000 décès soit un taux de 11,4 pour 100'000 habitants (OMS, 2018). De plus, selon Carrascal et Castillo (2012), entre 10 et 20 millions de tentatives de suicide sont estimées annuellement. Les idées suicidaires sont encore plus fréquentes à l'adolescence (p.3). Il est important de mentionner que le suicide est un sujet sensible et qui est encore considéré comme illégal dans plusieurs pays. Par conséquent, les données récoltées ont très probablement subi une sous-estimation. A l'échelle mondiale, un quart des suicidés ont moins de 25 ans et le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans (OMS, 2018).

Dans la Confédération Helvétique, il est important de distinguer le suicide du suicide assisté. Ce travail n'aborde pas et ne prend pas en compte la thématique du suicide assisté.

L'Office fédérale de la statistique suisse a enregistré 1028 suicides en 2014, soit plus de deux par jour. Cela correspond à un taux de 12,9 pour 100'000 habitants (Office fédérale de la statistique [OFS], 2017). Selon Stop Suicide, en 2015, le suicide a été la première cause de décès chez les personnes entre 15 et 29 ans. 141 suicides ont été dénombrés chez des jeunes cette année-là, représentant donc 9,13 décès pour 100'000 jeunes. Cela représente 2,5 fois plus de décès par suicide que par accidents de la route, mais également plus de deux suicides par semaine.

En Suisse, le taux de tentatives de suicide signalé par les médecins se compte à quelques 10'000 par année. Il est plus élevé dans la classe d'âge des jeunes adultes (Office fédérale de la santé publique [OFSP], 2016). Dans cette population, on estime qu'approximativement 100 à 200 tentatives sont réalisées pour un suicide abouti (Brausch & Decker, 2014).

2.4. Effets et conséquences du suicide

Le deuil à la suite d'un suicide est particulier. Les circonstances autour de l'acte peuvent être très traumatisantes. Dans la moitié des cas, ce sont les proches (conjoint, parents ou enfants) qui trouvent la dépouille (Fédération française de psychiatrie, 2009). Le sentiment de culpabilité envahit les proches, questionnant leurs responsabilités dans le passage à l'acte du défunt. Le deuil qui est vécu difficilement, peut se compliquer et pousser l'entourage à la dépression. Il est souvent nécessaire pour les proches d'être suivi sur le plan psychiatrique (Fédération française de psychiatrie, 2009). Un suicidé laisse en moyenne quatre à six parents ou proches derrière lui. Son suicide peut

entraîner chez ces derniers des séquelles importantes (Observatoire Suisse de la santé [OBSAN], 2016).

Les suicides engendrent également des coûts financiers directs ou indirects. Les coûts directs occasionnent des frais médicaux ou des frais liés aux investigations policières. Par exemple, le suivi et le traitement des personnes concernées (proches du défunt ou professionnels) entraînent des coûts importants. Or, ce sont les coûts indirects, liés à la perte de productivité (capacité de production ou potentiel de revenus non réalisé) qui sont les plus importants. Chaque année en Suisse, les suicides causent la perte d'environ 18'000 années potentielles de vie. Ce nombre représente le nombre d'années que les personnes décédées auraient pu vivre si elles ne s'étaient pas éteintes avant l'âge de 70 ans.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, les coûts sont principalement directs et liés aux soins et traitements médicaux. En moyenne, une tentative entraîne 19'000 francs de frais médicaux, en les multipliant par 10'000 tentatives annuelles, le coût s'élève à 190'000'000 de francs par année (OFSP, 2016). Pourtant, selon l'OMS, le suicide est évitable, notamment au travers d'actions préventives qui limitent les conséquences pour l'individu et pour la société (OMS, 2014).

3. PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE

En 2016 en Suisse, l'Office Fédéral de la Santé Publique a publié le rapport « La prévention du suicide en Suisse : contexte, mesure à prendre et plan d'action ». Ce plan d'action vise à diminuer de manière durable le nombre de suicide et de tentatives de suicide. L'objectif fixé est une réduction de 25% du nombre de suicide d'ici à 2030, ce qui revient à éviter 300 décès par an. Il a été mesuré qu'une législation limitant l'accès aux armes à feu et une amélioration de la loi sur l'accessibilité aux médicaments peut réduire significativement le nombre de suicides. L'accessibilité aux soins médicaux pour les populations à risque est également favorisée. Les services d'aide joignables 24/24 et 7/7 jouent également un rôle crucial en offrant la possibilité de recevoir de l'aide à tout moment (OFSP, 2016).

Les infirmiers/ères ont un rôle clé dans cette prévention et dans la prise en soin de personnes à risque suicidaire. La revue de littérature de Carrascal et Castillo précise que les interventions infirmières réalisées dans un climat de sécurité, de respect, d'acceptation et d'espoir sont extrêmement importantes pour l'adolescent suicidaire et sa famille. Les infirmiers qui interviennent dans de nombreux contextes, comme dans les institutions communautaires telles que les écoles, contribuent à la promotion de la santé mentale et à la prévention de problèmes. Les pensées suicidaires à l'adolescence sont un problème de santé actuel dont il faut se préoccuper. C'est pour cela qu'il est

important pour l'infirmier de détecter les groupes d'adolescents à risque de suicide, afin de pouvoir prévenir des actes suicidaires (Carrascal & Castillo, 2012, p.3-5).

4. ADOLESCENCE

Les données épidémiologiques démontrent que les adolescents sont une population particulièrement à risque de suicide. Pour tenter de mieux comprendre les raisons de ce phénomène, nous allons analyser, à travers divers ouvrages, l'adolescence, son déroulement et ses enjeux.

L'étymologie du mot adolescent provient du latin « adulescens » qui signifie « grandir » (Hauswald, 2016). La catégorisation sociale de l'adolescence dans une tranche d'âge n'est apparue qu'à partir du XIX^{ème} siècle. En effet, selon les besoins des sociétés, des cultures et des moments de leur histoire, l'âge d'entrée dans la vie d'adulte a été rectifié (da Conceição Taborda-Simões, 2005). D'après l'OMS, l'adolescence est une période de croissance et de développement se caractérisant par une transition de l'enfance à l'âge adulte. Les changements biologiques liés à la puberté marquent le passage à l'adolescence. L'individu acquiert son indépendance sociale puis économique, son identité, ainsi que les compétences nécessaires afin de devenir un adulte épanoui et intégré (OMS, 2018). Même si les notions d'adolescence et de puberté sont étroitement liées, elles ne se superposent pas. En effet, la puberté est présente chez tous les mammifères et correspond à la maturation biologique à des fins de reproduction. L'adolescence inclut non seulement la puberté, mais aussi des dimensions psychosocio-affectives, voire mêmes économiques, pour déterminer le passage au statut d'adulte. L'adolescence pourrait être définie selon plusieurs modèles (physiologique, cognitif, psychanalytique ou encore sociologique) mais ils se contredisent quant à sa durée. Débute-elle à la puberté, entre 10 et 13 ans ? Et quand se termine-t-elle ? A la majorité suisse, 18 ans ? A la fin de la maturation cérébrale, 25 ans ? Une fois le deuil de l'enfance fait ? Marcelli propose que l'adolescence se termine lorsqu'un individu n'agit plus pour plaire ou déplaire à ses parents (Hauswald, 2016).

Sommes-nous encore tous adolescents, à la poursuite perpétuelle d'un épanouissement et de notre identité ?

Marcel Rufo se demande, par exemple, si « on n'en a jamais fini avec la quête adolescente d'une image de soi acceptable » (2007).

4.1. Développement de l'adolescent

Afin de comprendre au mieux l'adolescence, il faut revenir à l'enfance, une période pleine d'enjeux. Cette époque de la vie est principalement marquée par le stade œdipien et par la phase dite de « latence ». Cette deuxième partie se situe entre deux périodes déterminantes du développement. Le soleil œdipien s'étant couché, l'astre du jour réapparaît plus fortement sous une forme comportementale. Cette métaphore du développement paraît particulièrement adaptée à ce moment de la vie. Se couchant d'un côté de l'horizon, la fin de l'enfance, la lumière se lève de l'autre côté, le début de l'adolescence (Braconnier et Marcelli, 1998, p.11-12).

L'importance de ces changements fait de cette période de la vie un stade essentiel du développement (OMS, 2018). Ces transformations influencent tout autant le corps de l'adolescent et la relation à lui et aux autres que ses comportements, son apparence et sa personnalité profonde. Ce développement inéluctable et fondamental est à l'origine d'une prodigieuse potentialité, mais également d'une grande difficulté pour ceux qui le vivent. (Braconnier et Marcelli, 1998, p.8).

En effet, l'adolescent doit faire face à plusieurs pertes et séparations de sa vie d'enfant. Marcelli développe ces deuils, qu'ils soient fantasmatiques ou réels, par le biais de plusieurs points. Tout d'abord, la quiétude de l'enfant est perdue au détriment de tensions internes liées à l'apparition des pulsions sexuelles débutant avec la puberté. De plus, l'image du corps de l'adolescent change en quelques mois. Il doit donc s'approprier non seulement un corps avec de nouvelles formes et potentialités mais il doit également s'éloigner des habitudes associées à son enfance et ses parents. Ensuite, lorsque la puberté est marquée dans le corps, l'adolescent se voit attribué un sexe et un seul sexe. Dans son enfance, le garçon pouvait jouer à la petite fille et inversement. Cette bisexualité d'une part et l'idéalisation parentale d'une autre révèle le sentiment d'omnipotence infantile qui est désormais perdu. Pour finir, Marcelli explique que l'adolescent doit se libérer de l'attache à ses objets œdipiens de l'enfance et donc rompre les liens de dépendance dans le but de devenir un membre à part entière (2001, p.96-97).

Braconnier et Marcelli, définissent l'adolescent tel un être de paradoxes. Il désire sa totale autonomie tout en sollicitant ses parents pour des actes banals du quotidien. L'adolescent pense incarner la vérité absolue et en même temps doute profondément de lui-même, de son corps et des autres. Il est à la fois extrêmement altruiste mais peut se montrer scrupuleusement égoïste. Il se dit être individualiste, mais essaye de s'insérer à un groupe ou de s'approprier une mode qui le rend indiscernable de ses amis. Ces paradoxes sont multiples et l'adolescent les éprouvent. L'adolescence est la période

où l'individu expérimente des contradictions, des paradoxes et la souffrance qu'ils génèrent (1998).

L'adolescent doit franchir des étapes à travers un travail psychique qui lui est propre et divisé en trois étapes. La première, l'attente, se situe aux alentours de 10-13 ans et est marquée par le début de la puberté. Les jeunes filles et garçons savent que leur corps grandit et qu'il prend du poids, souci particulièrement important pour les adolescentes. Ces dernières sont souvent informées de leur développement par l'apparition des premières règles et à l'accroissement de leur poitrine. Les garçons s'intéressent généralement à leur pilosité pubienne débutant, ainsi qu'à la taille de leur sexe. Cette attente se vit souvent dans une ambiance entremêlée par le désir et la crainte. L'attente est le prolongement de l'enfance qui représente, métaphoriquement, les fondations sur lesquelles l'adolescent va bâtir son édifice identitaire.

La deuxième étape, la période de changement, est premièrement physique. En quelques mois, le jeune voit son corps radicalement se métamorphoser. Le changement est également psychologique, car l'adolescent ressent le besoin de rompre avec les intérêts, les modèles d'identification, les idéaux et les désirs provenant de son enfance. Il doit donc partir à la découverte de nouveaux intérêts et de plaisir. Le dernier changement est familial et social. Les parents ne pouvant plus répondre à tous les besoins de leur adolescent, ce dernier ressent le besoin de s'éloigner de ses parents, même s'il est question d'une distance symbolique. Ce changement s'illustre à travers un mouvement psychologique de déception que l'adolescent ressent à l'égard de ses parents et avec le besoin de trouver de nouvelles ressources de satisfaction à l'extérieur du cercle familial. La dernière phase, celle de la découverte, apparaît suite à la période de rupture avec l'enfance ainsi que les difficultés psychologiques et comportementales qu'engendre ce déchirement. Tout d'abord, l'adolescent doit faire face à une question fondamentale, celle de la découverte de qui il est. Puis, il doit découvrir ce qu'il aime et désire. Ce décèlement est étroitement lié au passé conscient et inconscient de l'adolescent. Il doit également explorer ses ambitions et ses attentes de la vie. De plus, l'adolescent doit modeler son propre idéal, celui qui n'est plus lié à son enfance et qui n'est pas celui de ses parents (Braconnier et Marcelli, 1998). Enfin, l'adolescent fait face à un nouveau conflit entre son Moi (celui qu'il pense être) et son idéal du Moi (celui qu'il souhaite être) (Braconnier et Marcelli, 1998, p.56). Ce processus psychologique est essentiel, par exemple dans son futur choix professionnel. Cette notion de nécessité de choisir est le dernier aspect de la phase de découverte.

L'adolescent se trouve face à de nombreuses possibilités qui sont influencées par des déterminants collectifs et des déterminants individuels. Ces deux aspects reprennent des concepts tels que le développement du pays, le système politique, le niveau socio-

culturel de la famille et les diverses caractéristiques personnelles qui définissent un individu. Néanmoins, qui dit choix, dit renoncement. Certains adolescents n'acceptent pas de renoncer et donc de choisir, restant dans une position d'indécision constante, comme une adolescence attardée et prolongée (Braconnier et Marcelli, 1998).

Le devoir de changement, d'un côté et celui des choix, de l'autre, expliquent la possible vulnérabilité psychique de l'adolescent. Cette dernière peut se diviser en trois types de « menaces » : l'anxieuse, l'addictive et la dépressive. La première menace, l'anxieuse est intimement liée à la transformation du corps, les questions identitaires qui en découlent et les changements des rapports avec les parents, les amis et les intérêts de l'enfance. Cette anxiété peut s'exprimer à travers des crises d'angoisse, des phobies diverses ou d'une timidité extrême. La menace attelée à l'addiction s'explique à travers une impossibilité de renoncement que tout choix entraîne, principalement les choix identitaires et affectifs. Si l'adolescent ne peut tolérer ce renoncement, son indépendance peut se manifester à travers la manipulation d'un produit (comme de la drogue, l'alcool et le cigarette), à un comportement répétitif pour protéger son sentiment de maîtrise. Le jeune risque d'entrer dans une addiction. La menace dépressive provient de l'indispensable travail de perte et de deuil lié à la fin de l'enfance et au début de l'adolescence. Ceci est étroitement joint par le besoin d'éloignement à l'égard des parents réels et de l'image parentale que chacun porte en soi. L'adolescent doit, d'une part se défaire de son enfance, de la protection de ses parents et d'une indéniable innocence et d'autre part abandonner l'idée de la toute-puissance infantile pour s'engouffrer dans une ère de paradoxes, de conflits et de choix. Si l'adolescent refuse ce travail interne, la dépression peut s'installer (Braconnier et Marcelli, 1998).

Daniel Marcelli développe dans « Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence » cette notion de grande tristesse. Il explique que la fin de l'enfance peut être considérée comme un deuil en lien avec tous les points cités au-dessus et donc que tout adolescent est confronté à une dépression dite « normale » : « Si toute adolescence est une séparation, si toute séparation est une perte suivie de deuil, alors toute adolescence serait une dépression potentielle » (2001, p.95). Cette dépression peut s'exprimer par une diminution considérable de l'estime de soi. L'adolescent peut donc avoir le sentiment de ne pas être aimé et cela se ressent à travers un désinvestissement plus ou moins important. Les comportements, parfois impulsifs ou défensifs du jeune, peuvent s'expliquer à travers une exploration des preuves de sa valeur personnelle. À la différence des adultes, la dépression chez l'adolescent ne s'exprime quasiment jamais à travers son visage et ses traits (2001, p.13).

Au vu de la complexité de l'adolescence, la définir nous semble être une manœuvre utopique. Il nous est impossible de mettre concrètement noir sur blanc une description

de l'adolescence, car cette dernière possède mille visages. Elle est variable selon chaque personne et s'exprime à travers un sentiment de satisfaction sur un plan individuel, affectif, professionnel et social (Braconnier et Marcelli, 1998, p.18-20). Cela peut correspondre à un moment de consolidation de la représentation de soi en tant qu'être et à la formation du caractère (Braconnier et Marcelli, 1998, p.50-5). Le jeune adulte ne pensera plus aux incertitudes, aux doutes ou même aux hontes qu'il pouvait ressentir. Même à travers tant d'explications, l'adolescent peut encore être décrit selon des angles autres que le psychologique, tels que médicaux, sociaux, éducatifs, culturels ou historiques (Braconnier et Marcelli, 1998, p.18-20).

Conjointement, l'adolescence est une phase où les risques sont nombreux et où le contexte social revêt une importance toute particulière, par l'influence qu'il peut exercer sur le jeune (OMS, 2018). L'adolescent vit une transition et peut exprimer un mal-être dans les lieux de vie qu'il fréquente, comme l'institution scolaire, qui peut être considérée comme un potentiel lieu d'expression de son mal-être, puisqu'il y passe la majorité de son temps (Oubrayrie-Roussel et Safont-Mottay, 2000). Carrascal et Castillo considèrent l'adolescence comme étant une étape de vulnérabilité critique où le risque d'idées, de comportements et d'actes suicidaire augmentent (2012, p.4).

4.2. Les adolescents et la tentative de suicide

L'étymologie du terme suicider, provient des mots latins, « sui » pour soi et « caedere » pour tuer, donc le suicide est le meurtre de sa propre personne. Un passage à l'acte suicidaire se définit comme « une volonté délibérée de mettre fin à ses jours » (Pommereau, 2005). L'issue fatale ou non amène à différencier le suicide abouti (dont l'auteur devient, de par son décès, un suicidé) de la tentative de suicide qui n'engendre pas la mort (dont le rescapé devient un suicidant). Le suicidaire quant-à-lui est l'individu présentant des idées de se tuer. Lorsqu'on parle de suicide chez l'adolescent une des principales questions à se poser est : Qu'est-ce que l'adolescent suicidaire veut tuer ? (Pommereau, 2005)

L'adolescence est douloureuse. Elle représente la perte de l'enfance et de toutes ses illusions. L'adolescent chemine sans trop regarder en arrière, en essayant de ne pas trop se faire du mal, car au bout du chemin, se dresse une petite lueur à laquelle il s'accroche. En l'atteignant, l'adolescent se rend compte que le monde qu'il s'était dépeint ne ressemble pas au réel tableau de la vie. La désillusion est parfois dévastatrice, car le monde n'est pas à la hauteur de ses espérances. Maud Mannoni disait que « le bonheur n'existe pas, il n'y a que la difficulté à exister » (s.d., citée par Rufo, 2007). Les ébranlements et toutes les incertitudes de l'adolescence provoquent des fluctuations de l'humeur totalement légitimes. Entre flamme de vie et de fumée de

dépressivité, l'adolescent trouve, la plupart du temps, un équilibre. Cependant, certains évènements venant intensifier une fragilité latente peuvent provoquer d'importants doutes et une remise en question de soi. Rufo précise que : « Le marasme, l'enlèvement sont tels qu'ils figent toute perspective d'avenir, et l'adolescent imagine parfois qu'il n'y a pas d'autre solution que la mort, seule susceptible de mettre fin à une souffrance à laquelle il ne voit pas d'issue » (2007).

A l'adolescence, les représentations de l'individu en lien avec la mort sont différentes de celles de l'adulte. Un adolescent qui n'a jamais été confronté à la mort d'un proche percevra cette dernière comme un concept abstrait. Il sait que la mort est présente, mais il pense que cette dernière ne touche qu'autrui. La mort est, à ses yeux, plus proche du sommeil, de la rêverie ou du repos que de la fin tragique de l'existence. La mort peut même être perçue, à l'image de « la belle au bois dormant » comme un coma temporaire et purificateur, une pause dont il se réveillera meilleur qu'il ne l'était avant de s'endormir. Elle peut aussi être utilisée comme un outil plus ou moins inconscient pour agir sur ses proches, en espérant susciter leur attention ou stimuler leur indulgence. Cette volonté de s'endormir est aussi, pour beaucoup d'adolescents, une forme de régression, un désir de retourner à l'enfance, loin des tensions liées à ses responsabilités (Le Breton, 2014, p.22-23).

S'échapper, susciter l'attention de ses proches, faire une pause hors de l'espace et du temps, les fins espérées dans l'acte suicidaire de l'adolescent sont diverses et nombreuses. Mais un point les unit entre elles, le concept d'irréversibilité n'y est pas intégré. La mort est perçue comme « une manière ultime et magnifique de marquer les mémoires et de réparer les injustices ». La tentative de suicide peut représenter une sortie de secours, un moyen de fuir une existence qu'un adolescent n'a pas choisie et dont la perspective lui paraît intolérable (Le Breton, 2014, p.22).

Pommereau déclara en 2005 qu'« à travers le suicide, il est bien question de mort, de souffrance, de revendication existentielle et d'aspiration à l'apaisement durable des tensions. Mais [...] le sujet ignore tout à la fois ce qu'il fuit et ce qu'il vise à travers son geste » (p. XI).

L'adolescent peut donc se tuer sans pour autant savoir véritablement ce qu'il espère à travers son geste. La souffrance est là, insupportable, et passer à l'acte lui paraît être l'unique façon de la faire disparaître. L'apaisement apporté par la tentative de suicide est éphémère et la récurrence presque assurée. En effet, tant que l'individu n'aura pas compris le sens de son geste, l'accompagner et considérer sa souffrance est impératif afin qu'il puisse trouver une alternative plus satisfaisante que la mort (Pommereau, 2005).

La dimension dépressive et la dimension impulsive expliquent principalement l'acte suicidaire. Les adolescents qui commettent une tentative de suicide souffrent d'un trouble de gravité très variable et ne présentent pas toujours une pathologie mentale associée d'un point de vue nosographique. Néanmoins, le geste suicidaire doit être compris comme un geste grave nécessitant une évaluation, une adaptation intrapsychique individuelle mais également dans la dynamique familiale (Marcelli, 2003, p. 21-24).

Comme écrit précédemment, les raisons qui poussent un adolescent à vouloir se donner la mort peuvent être nombreuses. L'adolescence est considérée comme une phase de vulnérabilité et de risques. C'est à cette période de la vie que les relations familiales, amicales et amoureuses difficiles peuvent avoir de sérieuses conséquences sur l'estime de soi des jeunes qui peut alors fortement diminuer. Ce phénomène peut être l'un des facteurs pouvant motiver un passage à l'acte suicidaire (STOP SUICIDE, 2012).

5. L'ESTIME DE SOI

Ma maison

« Elle était jolie, cette maison que j'habitais depuis des années. On la reconnaissait à son toit de bardeaux et à ses grandes fenêtres ouvertes sur l'extérieur. Pourtant, je ne m'y sentais pas bien.

« Pendant mon enfance, je ne la voyais pas vraiment. Je ne me préoccupais pas de l'enjoliver ni d'apprécier ses beautés. Pendant longtemps, j'y étais presque insensible. J'y vivais par habitudes.

« Lorsque quelqu'un me faisait remarquer qu'un objet décoratif était plus ou moins joli, je n'y portais pas attention ; ou plutôt, je ne voulais pas y porter attention. Alors, je le cachais ou bien je ne le regardais plus, mais tôt ou tard cet objet refaisait surface, par je ne sais quelle magie.

« J'y vivais comme un automate. Lorsque quelqu'un me complimentait sur un élément particulièrement agréable ou même de grand prix, je rougissais, disant que ce n'était rien, sinon une illusion. Puis, un jour, je ne sais pour quelle raison, cette maison si familière devint pour moi, tout à coup, inhabitable.

« Je me mis à la détester. Je la fuyais. Je ne lui trouvais rien de beau. Je la sentais comme hantée, habitée d'une maladie que je croyais incurable. J'avais beau fuir, cette maison me suivait. J'aurais voulu la démolir.

« Je la voyais si laide que je pensais qu'elle devait disparaître. Jusqu'au jour où, sur mon chemin, j'ai croisé des spécialistes en décoration d'intérieur. Je les ai fait entrer dans ma maison que je trouvais laide et, eux, ils l'ont trouvée belle.

« Ils m'ont fait ressortir les plus belles décorations que j'avais cachées au fond du sous-sol. Non seulement je les avais oubliées, mais lorsque je les ai redécouvertes, j'ai eu peine à croire qu'elles m'avaient déjà appartenu, ces petites choses qui rendent pourtant la vie si agréable.

« Je me suis mis au travail. Avec l'aide des décorateurs, j'ai fini par sélectionner de belles trouvailles que, maintenant, je mets en vue ; non pas pour les montrer aux autres dans le but de leur faire envie, mais bien pour les voir et les admirer moi-même. Quelle satisfaction de redécouvrir ces trésors que je croyais à jamais disparus !

« Cette maison, je continue maintenant de l'embellir. Elle n'a pas d'adresse et ne coûte pas un sou à chauffer, même en hiver. J'y habite seul, mais j'y reçois beaucoup de visite, puisque maintenant je laisse les portes ouvertes. J'ai définitivement jeté le cadenas qui l'a si longtemps gardée fermée » (Anonyme, cité par Duclos, 2010, p.16-17).

L'estime de soi occupe une place fondamentale dans l'identité d'un individu. Elle a fait l'objet de nombreuses études depuis le XX^{ème} siècle. Cependant la recherche articulée autour de ce concept a souffert de l'ambiguïté des écrits tentant de la définir (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 89). De nos jours, elle reste très discutée. Un réel engouement est présent chez les psychologues, les médecins et même dans les médias. Ce phénomène préoccupe un grand nombre de personnes. Aujourd'hui encore, ces dernières n'en comprennent que rarement le réel sens qui demeure extrêmement complexe. L'estime de soi fût initialement décrite en 1890 par le psychologue américain William James. Il l'avait définie comme étant la résultante d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi actuel et une valeur de référence interne, qui correspond au soi idéal (James, 1890, cité par Formarier, 2012, p. 2). C'est l'harmonie entre les aspirations et les succès d'une personne (James, 1890, cité par Duclos, 2010, p. 11). Afin de bien comprendre l'estime de soi, il nous faut d'abord en décortiquer les différents termes, ensuite comprendre les différences existantes avec d'autres concepts, puis expliquer la construction de l'estime de soi durant le développement de l'enfant et finalement, la définir.

Le terme « estimer » vient du latin « estimare » qui signifie « évaluer ». Cette signification est double, elle renvoie à la fois au fait de déterminer la valeur de quelque chose et au fait d'avoir un avis, une « opinion sur ». A la lumière de cette étymologie, le terme « estime de soi » peut être résumé à « la valeur qu'un individu s'accorde » (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 34).

Selon William James, le Soi est « la somme totale de tout ce que l'individu peut appeler sien » (James, 1890, cité par Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 90). Le Soi se doit d'être distingué du Moi. Le Moi est centré sur les fonctions cognitives, actives et adaptatives, orientées vers la réalité (Bardou & Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 91).

Bormans développe le Moi comme étant une limite entre les excitations du monde extérieur et les excitations du monde intérieur (2003). Le Soi renvoie à la manière dont un individu se voit lui-même et aux sentiments que cela engendre (Bardou & Oubrayrie-Roussel 2014, p. 91). Le Soi existe à travers les expériences et les activités sociales et n'est donc pas présent à la naissance (Mead, 1963, p. 135, cité par Martinot, 1995, p. 14). Le Soi, quant à lui, contient des croyances, des attitudes et les ressentis qu'une personne a d'elle-même. Il correspond donc à un « produit social et culturel » (Martinot, 1995, p. 8-9). Le penseur Charles Cooley a abordé, en 1902, le concept de « soi miroir ». Pour lui, de la même manière que nous évaluons notre apparence physique dans un miroir, nous évaluons nos comportements, nos actes et nos traits de caractère dans l'imagination et dans l'esprit d'autrui (p. 184, cité par Martinot, 1995, p.15). En cela, l'existence du soi n'est possible que si l'individu est exposé à l'expérience de la société.

5.1. Naissance et développement de l'estime de soi

Estimer correspond à évaluer, poser un jugement. Pour cela, une certaine maturité intellectuelle est supposée. Susan Harper a démontré que pour développer une estime de soi, une pensée logique est requise. Jean Piaget, lui, a mis en évidence qu'un jugement logique se met en place autour de 8 ans. C'est pour cette raison qu'un enfant de moins de 7 ou 8 ans n'a pas de réelle estime de soi. En effet, avant cet âge-là, la pensée d'un enfant est trop égocentrique et naïve (Duclos, p.25-26). Il est cependant nécessaire pour l'enfant d'acquérir la connaissance et la conscience de soi (conscience d'exister en tant qu'être à part entière) aux alentours de ses 2-3 ans afin de se façonner une image de lui-même. Le petit enfant est, dans un premier temps, en proie à des perceptions de lui-même relatives à des sensations (corporelles, tactiles, ...) primaires et brutes. Il bâtit, dans un second temps, des concepts de soi (qui peuvent être définis comme des caractéristiques personnelles que l'individu a conscience de posséder) sous forme de représentations plus stables et plus organisées. Ces concepts de soi, en se développant à mesure que l'enfant grandit, vont lui permettre d'affirmer et de renforcer son identité. La manière dont l'enfant se perçoit va continuer à s'affiner et se stabiliser tout au long de son développement (Bardou & Oubrayrie-Roussel 2014, p. 92-93). Cette perception de soi de l'enfant va grandement dépendre des individus l'entourant avant qu'il possède une estime de soi. Cette dernière se développe au travers des réactions des personnes importantes aux yeux de l'enfant. L'adulte a donc une importance particulière. C'est en effet lui qui doit faire valoir les comportements positifs de l'enfant afin qu'il en façonne le souvenir. Sans réactions, l'enfant ne peut ni prendre conscience de ses succès ni les mémoriser. Ranimer ce sentiment de réussite permet que la

conscience de la réussite soit imprégnée dans le souvenir. Ainsi, l'estime de soi repose sur la mémoire (Duclos, 2010, p.42-43).

De ce fait, selon Duclos : « l'estime de soi est étroitement reliée à la qualité de relation avec soi et avec les autres » (2015, p. 43). L'enfant a d'abord besoin que son estime soit approuvée par les personnes importantes à ses yeux : ses parents, ses professeurs et tout autre personne significative. C'est ainsi que l'enfant crée une base solide de sa valeur personnelle (la connaissance de soi) et qui lui permettra d'affronter des échecs et de composer avec le succès. A ce moment l'estime de soi reste extrinsèque, extérieure à l'enfant. À travers la réaction des autres, l'enfant se rend compte qu'un geste, qu'une parole ou qu'un comportement a une certaine valeur. Le développement de l'estime de soi ne se résume pas aux compliments tels que « tu es beau » ou « tu es gentil ». Même si ces expressions ne sont pas négatives pour l'enfant, l'aspect primordial du développement de l'estime de soi se trouve dans la traduction, par l'adulte, des actions et des succès concrets de l'enfant. De plus, en grandissant, l'enfant est amené à développer la connaissance de lui-même quand les adultes lui montrent les défis qu'il doit surmonter. Vers 7 ou 8 ans, cette connaissance de soi devient la fondation de l'estime de soi. L'enfant est désormais apte à incorporer les images positives résultantes de ses expériences. Il est capable de juger ses actes, de développer une pensée auto-critique et donc de s'estimer. Avec l'apparition de la pensée logique, l'enfant est capable d'évaluer sa valeur personnelle et d'estimer sa valeur dans les différents champs de son existence, selon ses propres critères et ceux des personnes qu'il considère importantes. L'école est un lieu très riche pour le développement de l'estime de soi. À l'inverse, la pression des parents, de l'école, et de la société, atteint l'estime de soi chez l'enfant (Duclos, p.26-46).

Mais l'adolescence demeure peut-être la période la plus importante pour renforcer une bonne estime de soi. Au vu des changements hormonaux et corporels, du besoin de s'éloigner de ses parents et des découvertes liées au développement de sa propre identité, l'adolescent vit un moment de grande vulnérabilité. C'est pourquoi les enjeux autour de l'estime de soi sont considérables, la renforcer permet de prévenir les difficultés d'apprentissage et d'adaptation chez l'enfant et les souffrances mentales chez l'adulte. L'estime de soi peut donc être perçue comme étant un facteur de prévention primaire auprès de toute population. En effet, l'estime de soi est sans cesse bousculée, selon la valeur personnelle qu'un individu s'attribue vis-à-vis d'un domaine auquel il fait référence (sportif, social, corporel, ...). Tout au long de sa vie, l'individu ne pourra cependant pas avoir une bonne estime de soi dans tous les champs de son existence (Duclos, 2015, p. 33-41).

5.2. Définitions de l'estime de soi

Plusieurs définitions existent. Nous avons sélectionné celles qui, en regard de nos lectures et de notre problématique, nous semblaient être les plus pertinentes.

L'estime de soi est une auto-évaluation de soi-même et par soi-même. C'est une valeur changeante. Selon son regard introspectif et ses actions, l'estime de soi d'un individu peut diminuer ou augmenter (Association CIAO, 2017). Elle représente une composante fondamentale lors de la construction identitaire (Oubrayrie, de Léonardis & Safont, 1994, cité par Fourchard, Courtinat-Camps, 2014, p.3).

L'estime de soi est basée sur la représentation que l'individu se fait de son « monde intérieur », et sur l'évaluation de sa personne à partir de l'image qu'il se fait de lui-même. Il est important de distinguer l'estime qu'un individu a pour sa personne de celle qu'il a pour ses actions. En effet, il est possible qu'un individu se valorise principalement au travers de ses attributs personnel tels que sa beauté ou sa facilité à s'insérer dans un groupe. Un autre évaluera sa valeur plutôt en regard de ses actions comme sa réussite professionnelle ou sa réalisation de soi. Pour tendre à un équilibre de vie adéquat, il est important de nourrir ces deux perspectives (Monbourquette, 2003, p.14-15). Josiane de Saint Paul, définit l'estime de soi comme « l'évaluation 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 et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face, de façon responsable et efficace, aux événements et aux défis de la vie » (1999. p. 20).

Duclos partage la définition de De Saint-Paul, mais il la complète. Selon lui, pour avoir un jugement positif de soi-même, il faut d'abord posséder une conscience et une connaissance de soi de ses attitudes et de ses croyances qui permettent d'affronter la réalité et le monde. La porte d'entrée de l'estime de soi est cette prise de conscience. Cette dernière subsiste en la représentation affective que la personne fait d'elle-même en fonction de ses qualités et habiletés, mais aussi en l'aptitude de maintenir dans sa mémoire ces représentations afin de surpasser des difficultés, de relever des défis et d'espérer (2010, p.20-21). Monbourquette ajouta que l'estime de soi est « l'ensemble des jugements portés sur soi-même » (2002, p.26, cité par Duclos, 2010, p.21).

Eskin avance que l'estime de soi est influencée par l'image que l'adolescent porte sur son propre corps mais est également reliée au phénomène d'attachement entre les parents et leur enfant (2012). André et Lelord affirment même que bien des difficultés psychologiques peuvent être mises en lien avec des problèmes d'estime de soi. Ces

problèmes peuvent être à l'origine d'un trouble ou impliqués dans sa persistance (2007, p.185).

Elle n'est certes pas perçue comme seul facteur motivant une tentative de suicide. Par contre, il est montré qu'une variation de l'estime de soi peut expliquer un mal-être qui conduit aux idées de suicide voire même à un tentamen (Oubrayrie-Roussel et Safont-Mottay, 2000, p.14). Brausch et Decker affirment qu'un lien existe entre une faible estime de soi et les tendances suicidaires (2013).

Avoir une bonne estime de soi peut s'avérer être un mécanisme de protection important. En effet, elle rend les personnes plus résilientes pendant les périodes de crises (Boscarino, & Adams, 2009 ; deRoos-Cassini, Mancini, Rusch et al., 2010 ; Wei, Liao, Ku et al., 2011, cités par Eskin, 2012, p.2). L'étude de Brausch et Decker a démontré que chez les adolescents souffrant de dépression, une bonne estime de soi aide à percevoir les symptômes dépressifs comme étant temporaires, réduisant ainsi les idées suicidaires (2013, p.787). Précédemment, il a été précisé que l'adolescence est une période de transition qui met l'individu en position de vulnérabilité. Les facteurs qui pourraient pousser un adolescent à vouloir se donner la mort sont nombreux, complexes et intimement liés à l'estime qu'il a de lui-même. Pourtant, selon l'OMS, le suicide est évitable, notamment au travers d'actions préventives, qui prennent tous leurs sens pour limiter les conséquences, pour l'individu et pour la société. Les infirmiers sont, en de nombreux lieux, au contact de cette population à risque (OMS, 2014).

6. ANCRAGE DISCIPLINAIRE

6.1. L'origine des soins infirmiers

« J'espère [...] que ceux qui désirent que les soins soient porteurs de vie, permettant à ceux qui les donnent comme à ceux qui y ont recours de se réaliser davantage dans leur devenir d'homme ou de femme, y trouvent des possibilités d'interrogation, de réflexion et de créativité pour construire leur fonction soignante » (Collière, 1992, p. 18).

Depuis des millénaires, la pratique des soins est présente chez les humains. Elle s'est développée dès l'apparition de la vie humaine, afin d'assurer la pérennité de l'espèce. La nécessité de soins a pour but de lutter contre la mort. Pendant des milliers d'années et depuis la Préhistoire, la notion de « prendre soin de » assurait la survie au quotidien. Il fallait non seulement prendre soin du feu ou des plantes, mais aussi des femmes en couches, des enfants, des vivants et des morts. Soigner n'était pas une profession, mais correspondait à toute personne aidant au maintien de la vie, en satisfaisant les besoins vitaux, pour le bien du groupe.

Dans les soins à la personne, le symbole de la femme est très présent. Porteuse de la fécondité et de la vie, la représentation de la femme se tisse non seulement autour de la croissance et du développement, mais aussi au travers des soins aux enfants, aux malades et aux mourants. Aussi, la gente féminine, restée dans son domaine pendant que l'homme chassait, pouvait découvrir les propriétés des plantes utiles pour soigner. Les hommes, développant d'autres compétences à travers des efforts physiques, ont influencé différemment les soins. Ils ont été intégrés au sein des armées de la légion romaine et, plus tard, dans l'ordre des guerriers hospitaliers chez les Chevalier des Templiers, puis au sein des infirmeries de campagne militaire. D'autres hommes étaient réquisitionnés pour mettre à part de la société les personnes suspectes ou porteuses de maux. Ils devaient assurer l'ordre dans les lazarets, les asiles et par la suite dans les hôpitaux psychiatriques (Collière, 1992)

Le premier modèle de la pratique des soins est né avec Fabiola, une dame romaine. Elle convertit son palais en hôpital pour les malheureux et les malades. De par son rattachement au christianisme, elle dit qu'au « nom de la charité chrétienne, toutes les infortunes sont rassemblées » (Carrières, 1958, p.11, cité par Collière, 1992, p.37). Fabiola influencera plusieurs générations, jusqu'à celle de Florence Nightingale.

Pendant des siècles, les femmes, désignées comme des guérisseuses, ont soigné. N'ayant pas d'accès aux livres ou aux enseignements, elles ont exercé par un savoir transmis de mère à fille et de voisine à voisine. Au fil des années, des femmes développaient des connaissances concernant les soins au corps et l'utilisation des plantes. Dans une société où le clergé était au pouvoir, l'Église vit en ces femmes une menace envers le pouvoir temporel et religieux. En effet, elles étaient perçues comme impures, car elles étaient, telle Eve, source de péché. De plus, les femmes possédaient le « pouvoir » de donner la vie, et donc la mort. Pouvant guérir et tuer, comme Dieu mais sans avoir besoin de Lui, les guérisseuses seront traquées pour sorcellerie.

Jusqu'au XIXème siècle, les femmes n'avaient aucun droit juridique et étaient soumises à la puissance paternelle. Certaines cherchèrent à s'émanciper en échappant au mariage. Se retrouvant sans foyer à charge, ces dernières étaient considérées comme vierges et elle se dédièrent aux pauvres et aux malheureux. Engagées et consacrées, elles se regroupèrent en petites communautés. Ayant l'obligation d'être pures, leurs vêtements ne devaient plus refléter une identité. C'est ainsi que les habits blancs et sans ornement ont été mis en place (Collière, 1992).

Au courant du XIXème siècle, c'est avec la séparation de l'Église et de l'État, ainsi qu'avec l'évolution de la médecine, que le personnage de l'infirmière naît. Une infirmière, Florence Nightingale fût la pionnière des soins infirmiers. Elle se rendit compte qu'il était possible de diminuer bon nombre maladies en influençant divers facteurs, tels que

l'hygiène, l'aération, l'éclairage et d'autres encore. Ces facteurs devaient être investigués et étudiés aux travers des observations faites quant aux conditions de vie des personnes (Collière, 1992). Lors de la guerre de Crimée, Nightingale et ses collègues ont réussi, en moins de six mois, à réduire de 43% à 2% le taux de mortalité des soldats blessés et hospitalisés en mettant l'accent sur l'hygiène (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Nightingale publia dans « Notes on Nursing » (1859) que « cet instinct de charité [des infirmières] doit céder la place à une approche des problèmes sociaux basée sur la réflexion » (citée par Collière, 1992, p.217). Grâce à une forte réputation et de nombreux dons, elle créa en 1860, une école d'infirmières à Londres (Collière, 1992). Florence Nightingale voulait permettre l'acquisition des savoirs généraux ainsi que des compétences techniques. (Cohen, Pépin, Lamontagne & Duquette, 2002). En effet, les femmes ne pouvaient pas être, d'elles-mêmes, de bonnes infirmières. Les soins n'étant plus légués par un héritage culturel, il fallait les enseigner (Collière, 1992). Florence Nightingale était décidée à offrir une formation orientée sur le maintien de la santé, la prévention des infections et des blessures, le contrôle de l'environnement et sur la promotion de la santé. De ce fait, les tâches des infirmières sont définies, laissant d'autres tâches, telles que le transport des malades ou les tâches ménagères à d'autres professionnels (Pépin et al., 2010). Au fil du temps, d'autres écoles ouvrirent demeurant plus ou moins fidèles à la vision de Nightingale (Collière, 1992). Néanmoins, cette dernière fût la première à définir « la raison d'être » des soins infirmiers (Pépin et al., 2010).

Pendant le XXème siècle, chaque partie du corps humain, ainsi que sa fonction, sont étudiées. Au milieu du siècle, à mesure que la médecine et la technologie évoluaient, les sciences humaines se développèrent et furent intégrées au programme universitaire en soins infirmiers. C'est à partir de ce moment que la personne malade est considérée dans sa globalité, incluant non seulement sa pathologie, mais aussi des aspects personnels et sociaux en veillant à l'individualité de chacun (Collière, 1992).

Nous pouvons définir cela comme étant la naissance des sciences infirmières. Elles se caractérisent par l'ensemble des connaissances propres aux soins infirmiers, et se composent de cinq groupes : les métaconcepts ou métaparadigmes, les philosophies, les modèles conceptuels, les théories ou conceptions et les indicateurs empiriques. Chacun de ses éléments occupe une place précise au sein des sciences infirmières, en fonction du niveau d'abstraction de ces derniers (Pépin et al., 2010).

En 1970, Kuhn, un physicien et philosophe des sciences, introduit le terme « paradigme » pour caractériser les grands courants de pensées ou manières de percevoir et comprendre le monde. Dans les soins infirmiers cela correspond à la façon dont

l'infirmier voit le monde, selon l'influence de son époque et de son environnement. Par exemple, les soins vont donc être influencé par la vision qu'aura l'infirmier ou l'infirmière de la personne, mais également en fonction de ses valeurs ou de sa religion (cité par Pépin et al., 2010, p.27). Selon Pépin, il existe trois courants principaux : les paradigmes de la catégorisation, de l'intégration et de la transformation.

Dans les années 1980, plusieurs auteurs ont remarqué des similitudes entre les différents écrits en sciences infirmières. Des concordances sont retrouvées, depuis Nightingale déjà, et jusqu'aux théories les plus récentes. En effet, quelle que soient la théoricienne, le paradigme et le modèle, quatre concepts (métaconcepts) sont régulièrement évoqués : « la personne », « l'environnement », « la santé » et « le soin ». En fonction du paradigme (ou de la vision philosophique) dans lequel nous nous trouvons, ces concepts sont perçus de manière différente. Telle d'une palette multicolore, ces derniers rassemblent donc toutes les théories et modèles infirmiers, permettant ainsi à chacun de choisir la nuance qui lui convient. Un paradigme n'est pas meilleur qu'un autre, mais offre une ouverture, une pensée, une vision différente (Pépin et al., 2010).

Il existe un grand nombre de théories au sein même des différents paradigmes. Toutes sont intéressantes et peuvent nous enrichir. Certaines d'entre elles nous touchent plus que d'autres, car elles se rapprochent ou tendent à se rapprocher de notre vision du monde et des soins infirmiers.

Les théories en soins infirmiers sont nombreuses et chacune renferme ses spécificités. Nous estimons que toutes les définir ne serait pas pertinent pour éclaircir les questionnements soulevés dans ce travail. C'est pourquoi, nous détaillerons uniquement la théorie que nous avons choisie, c'est-à-dire, celle d'Afaf Ibrahim Meleis.

Selon Meleis, les transitions sont au centre de la pratique infirmière. D'après sa théorie appelée « Transitions theory », les phénomènes nécessitant des soins comme les expériences de santé/maladie, les divers changements dans la vie de l'individu et dans son environnement, peuvent être considérés comme des transitions. Une vulnérabilité est donc toujours reliée à une transition, ainsi chaque période de transition peut exposer, plus ou moins, le patient à des difficultés. Cependant, les transitions sont aussi considérées comme des expériences de vie qui sont des opportunités de croître et de renforcer la personne (Alligood, 2014).

Afaf Ibrahim Meleis est née en 1942 à Alexandrie en Égypte. Sa mère fût la première infirmière d'Égypte à obtenir un doctorat universitaire. Meleis a toujours admiré le dévouement et l'implication de sa mère en faveur des soins infirmiers. Pour elle, cette discipline fait partie de son existence depuis son plus jeune âge. Très rapidement, Meleis entrevoit le potentiel de développement des sciences infirmières. Lorsqu'elle choisit de

faire de cette discipline sa profession, ses parents s'opposent à ce choix, conscients de la difficulté du corps infirmier à se faire entendre et à affecter significativement la qualité des systèmes de santé. Cependant, ils finissent par se laisser convaincre par leur fille et nourrissent l'espoir qu'elle parvienne, un jour, à faire évoluer sa profession. Meleis obtient son diplôme d'infirmière en Égypte et poursuit ses études aux États-Unis d'Amérique jusqu'à obtenir un doctorat en psychologie médico-sociale. Elle devient professeure à l'université de San Francisco où elle travaillera pendant 34 ans tout en développant sa « Transitions theory ».

6.2. Les paradigmes

D'après la hiérarchie des connaissances de Fawcett, la théorie développée par Meleis se situe dans les théories intermédiaires (middle-range-theories) (Fawcett, 2013). Celle-ci s'inscrit dans le paradigme de l'intégration selon Pépin, de l'interactif-intégratif selon Newman et de l'interaction réciproque selon Fawcett (G. da Rocha, communication personnelle [support de cours], 4 avril 2017). Les soins infirmiers y sont perçus comme visant au maintien de la santé de l'individu dans ses diverses dimensions. À savoir, la dimension physique, mentale et sociale. Le soignant joue un rôle d'évaluateur des besoins de l'individu en le percevant comme étant un être bio-psycho-social et en prenant en compte ses connaissances et ses impressions. Une attention toute particulière est mise à la considération de la situation de la personne dans sa globalité. Nous parlons ici d'agir « avec le patient » en reconnaissant et valorisant ses connaissances et en lui apportant une expertise visant à l'aider à choisir les conduites relatives à sa santé les plus adaptées à une dynamique personnelle et interpersonnelle optimales (Pépin et al, 2010).

6.3. L'école de pensée

Les théories infirmières regorgent de multiples conceptions. C'est pourquoi en 1991, Meleis les regroupe en école de pensée à des fins de clarté. Elle distribue donc ces conceptions dans trois écoles de pensées distinctes : celle des besoins, celle de l'interaction et celle des effets souhaités. Dans son livre « Theoretical Nursing », Meleis intègre, en 2007, une quatrième école à sa première liste, celle du caring/becoming. En 1994, Pépin et al. ajoutent trois nouvelles écoles de pensée : celle de la promotion de la santé, celle des patterns et celle du caring (Pépin et al, 2010).

La théorie d'afaf Ibrahim Meleis appartient à l'école de l'interaction. Le soin y est perçu comme un processus interactif entre deux personnes, une ayant besoin d'aide et l'autre capable de lui offrir cette aide. La maladie est perçue comme une expérience qui peut

permettre de croître si la compréhension de cette dernière est possible par le patient. Cette école de pensée laisse une place non-négligeable à la subjectivité et à l'intuition dans la pratique des soins infirmiers (Pépin et al, 2010, p. 57).

6.4. Les assomptions de Meleis

Chaque théorie de soin possède plusieurs postulats qui lui sont propres. Ces derniers sont appelés assomptions et ont pour but d'éclaircir la manière dont chaque théoricienne perçoit ses concepts.

Les assomptions de Meleis sont les suivantes :

1. Les transitions sont complexes et multidimensionnelles, elles ont des structures multiples et complexes (Alligood, 2014, p.385).
2. Toutes les transitions sont caractérisées par un flux et un mouvement qui s'inscrivent dans la durée (Alligood, 2014, p.385).
3. Les transitions engendrent des changements dans l'identité, les rôles, les relations, les aptitudes, et les structures comportementales (Alligood, 2014, p.385).
4. Les transitions impliquent un processus de mouvement et de changement dans la structure fondamentale de l'existence, cela se manifeste chez tous les individus (Alligood, 2014, p.385).
5. La vie quotidienne des clients/patients, leur environnement et leurs interactions sont façonnés par la nature, les conditions, la signification, et les processus liés aux transitions (Alligood, 2014, p.385).
6. La vulnérabilité est reliée aux expériences de transition, aux interactions et aux conditions environnementales qui expose l'individu à de potentiels dommages, problématiques, guérisons retardées ou des mécanismes de défenses inadaptés ou différés (Alligood, 2014, p.385).
7. Les infirmiers/ères sont en première lignes quand il s'agit de prodiguer des soins à des patients ou des familles rencontrant des transitions (Alligood, 2014, p.385).
8. Les réponses d'un être humain face à divers événements sont modelées par ses interactions avec ses pairs et ses groupes de référence (Smith & Parker, 2015, p.363).
9. Les actions préventives et thérapeutiques peuvent influencer le résultat d'une transition (Smith & Parker, 2015, p.363).
10. Les individus, les familles, les communautés sont des partenaires dans les processus de soin (Smith & Parker, 2015, p.363).
11. L'environnement est défini comme physique, social, culturel, organisationnel et sociétal. Il influence les expériences, les interventions et les résultats (Smith & Parker, 2015, p.363).

12. Le genre, la culture, l'orientation sexuelle, le patrimoine sont des facteurs qui modèlent les expériences individuelles, les résultats des évènements de santé/maladie autant que les soins prodigués (Smith & Parker, 2015, p.363).

Ces assumptions nous montrent que la vie est une route semée d'embûches, que nous pourrions appeler "transition". Les directions prises sur ce chemin sont influencées par différents facteurs, où chaque croisement nous place en posture de vulnérabilité. Notre itinéraire peut être influencé par nos transitions passées, mais surtout, il est propre à chacun. Même si l'expérience de transition peut se montrer plus ou moins longue, elle n'est pas infinie. En tant qu'infirmier, notre rôle est d'épauler le patient, lorsqu'il traverse un chemin sinueux.

6.5. Les métaconcepts

Meleis ne définit pas clairement les quatre métaconcepts. Cependant, il est possible de les renseigner en se basant sur ses assumptions.

6.5.1. La personne

Meleis dit que la transition implique des changements dans la structure de vie de l'individu. La transition crée des changements dans l'identité, les rôles, les relations, les habiletés et le comportement. La vie quotidienne de la personne, son environnement et ses interactions, sont conditionnés par ses expériences de transitions vécues. Le genre, l'origine, la culture et l'orientation sexuelle sont autant de variables qui influencent le contexte de vie de l'individu ainsi que son état de santé. Etant donné que l'adolescent vit une période de transition de développement, il va rencontrer des changements dans son identité, ses rôles, ses relations et ses comportements (Alligood, 2014).

6.5.2. Le soin

Selon Meleis, les infirmiers sont les principaux prestataires de soins face aux patients, et leur famille, rencontrant une phase de transition. Les soignants interviennent avant, pendant et après la transition. Le rôle des infirmiers confrontés à la problématique du suicide commence avant la tentative, c'est-à-dire lors des interventions de prévention primaire. Elles se poursuivent durant la période de crise, au contact des patients présentant des idéations suicidaires (prévention secondaire). Puis, si le geste suicidaire n'a pas abouti à la mort, les soignants mettront en place des interventions de prévention tertiaire afin d'éviter la récurrence (Alligood, 2014).

6.5.3. *La santé*

D'après Meleis, les transitions sont des événements de santé et inversement. Elles sont complexes et multidimensionnelles. Elles sont caractérisées par un flux et un mouvement permanent. Cette théorie permet de percevoir le déroulement de l'adolescence comme un événement de santé, et la crise suicidaire comme une transition (Alligood, 2014).

6.5.4. *L'environnement*

Meleis dit que la vulnérabilité est toujours reliée à une expérience de transitions, d'interactions et de circonstances environnementales. Elles exposent l'individu à de potentiels dommages, à une guérison problématique ou ralentie, ainsi qu'à des stratégies de coping retardées ou néfastes pour la santé. La théorie de Meleis considère également que l'individu, la famille et la communauté sont partenaires dans le processus de soin. Cette théorie, transposée à la population observée dans ce travail permet de soutenir le postulat que la période de transition que rencontre l'adolescent l'expose à une vulnérabilité qui pourrait être source de potentiels dommages (Alligood, 2014).

6.6. La « Transitions theory » : sa pertinence en regard de la problématique

La « Transitions theory », estime qu'il existe quatre types de transitions. Les transitions développementales, surviennent aux diverses étapes de la vie, comme la naissance, l'adolescence, la ménopause, le vieillissement ou la mort. Les transitions de santé et maladie, qui comprennent, par exemple, le processus de rétablissement, la sortie de l'hôpital ou un diagnostic de maladie chronique. Les transitions situationnelles regroupent tous les changements liés à différentes situations, comme migrer d'un pays à l'autre ou entrer en maison de retraite. Les transitions organisationnelles qui réfèrent aux circonstances d'un environnement changeant et de la manière dont elles vont affecter la vie de l'individu (Alligood, 2014).

La détermination d'une transition terminée est flexible et variable. En effet, elle dépend des changements provoqués, des événements déclenchant la transition, ainsi que la nature et les raisons de la transition. L'achèvement d'une transition dite "saine" se détermine lorsqu'un individu démontre une maîtrise des compétences et comportements nécessaires pour gérer une nouvelle situation ou environnement. Ces compétences se développent au travers de l'expérience de transition (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

L'adolescence représente une transition développementale importante dans la vie de la personne. La théorie de Meleis considère toute transition comme une période où le sujet

est plus vulnérable. La vulnérabilité est l'un des principaux facteurs pouvant pousser un individu au suicide et la crise suicidaire peut être considérée comme une transition de santé/maladie. Cette théorie semble tout à fait adaptée au problème de santé et à la population observée dans ce travail.

6.6.1. Postulats et concepts en lien avec la problématique

La théorie de Meleis regroupe divers concepts pertinents lorsqu'il s'agit de travailler au contact d'adolescents à risque suicidaire. Elle prend en compte la nature des transitions, les "patterns", les propriétés liées aux transitions et les conditions des transitions (facilitatrices ou inhibitrices) (Alligood, 2014).

Tout d'abord, elle définit la nature des transitions rencontrées. Elle considère l'adolescence comme une transition développementale. Comme toute transition elle met l'individu en posture de vulnérabilité et à risque de subir des dommages en lien avec les obstacles rencontrés (Alligood, 2014). L'article de Brausch et Decker considère les adolescents comme une population particulièrement à risque d'idéation suicidaire, on y retrouve le concept de vulnérabilité lié à la transition développementale dont parle Afaf Ibrahim Meleis (Alligood, 2014; Brausch & Decker, 2013).

Meleis parle également de la structure des transitions rencontrées, qu'elle appelle "Patterns". Les transitions peuvent donc être simples, multiples, séquentielles, simultanées, liées ou non. Dans le cas de la population observée et selon Alligood les transitions rencontrées par les adolescents sont, pour la plupart, multiples, simultanées et liées entre elles (Alligood, 2014). Dans leur article, Carrascal et Castillo soutiennent que l'adolescent vit dans une réalité complexe due à des facteurs d'origines multiples qui s'explique à partir d'aspects biologiques, psychologiques, sociaux et culturels (2012, p.4).

Meleis décrit la nature des transitions en prenant en compte diverses propriétés liées à ces dernières. On retrouve la conscience, l'engagement, le changement et la différence, la durée de la transition ainsi que les points critiques et les événements. Certains de ces éléments peuvent s'avérer cruciaux dans la traversée de l'adolescence. La conscience permet à l'adolescent de comprendre qu'il rencontre une période où il sera confronté à des changements ainsi qu'à des remises en question, cela passe aussi par la prise de conscience que cette période est transitoire et qu'il pourra connaître à nouveau la stabilité. L'article de Brausch et Decker appuie ce postulat en expliquant qu'un adolescent souffrant de dépression mais présentant une bonne estime de lui-même est plus à même de considérer ses symptômes comme temporaires. (Alligood, 2014; Brausch & Decker, 2013). Ce concept de conscience influence fortement le concept d'engagement, qui est le degré jusqu'auquel la personne va démontrer son implication

dans le processus de transition. Cette notion est fondamentale lorsque l'on s'intéresse à la population étudiée dans ce travail. La prise en soin d'un adolescent impliqué et conscient de ses difficultés sera toute autre que celle de celui qui ne l'est pas. Le concept de points critiques se retrouve également au sein de la transition développementale qu'est l'adolescence, au travers des premières expériences sexuelles, professionnelles, sociales, etc. (Allgood, 2014). Enfin, Carrascal et Castillo affirment que l'infirmier joue un rôle important dans cette démarche dont l'objectif est de promouvoir la santé et la sécurité de l'adolescent (2012).

7. SYNTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE

Le suicide chez l'adolescent est un réel problème de santé publique. Même si les facteurs poussant à un acte suicidaire sont nombreux, l'estime de soi semble être une composante sur laquelle les infirmiers peuvent travailler avec l'adolescent. L'objectif est de prévenir les facteurs de risque, ce qui pourrait tendre à une diminution du nombre de tentamen et de suicides. La théorie d' Afaf Ibrahim Meleis considère que l'adolescent à risque suicidaire rencontre une période de multiples transitions dont le passage sera influencé par ces divers facteurs. Grâce aux liens fait entre la théorie, la population et la problématique de santé, l'utilisation de la théorie des transitions est pertinente car elle permet de considérer l'adolescence ainsi que la crise suicidaire comme des transitions tout en prenant en compte plusieurs concepts ressources.

Les recherches effectuées confirment l'intérêt de questionner l'affirmation suivante :

« Les interventions infirmières qui cherchent à renforcer ou à maintenir l'estime de soi de l'adolescent à teinte suicidaire, diminuent le risque de passage à l'acte ».

8. MÉTHODE

Pour questionner l'affirmation mise en évidence précédemment dans ce travail, nous avons interrogé les bases de données scientifiques électroniques. Des recherches ont donc été effectuées entre décembre 2018 et mai 2019. Nos investigations se sont axées sur trois bases de données différentes : PubMed, Cinhal et PsycINFO. La construction de la recherche a débuté par l'élaboration d'un tableau PICO, recensant les divers mots clés utilisés et leurs traductions en anglais « MeSH Terms » et « Cinhal Headings », pour PubMed et Cinhal, respectivement. Sur la base de ces mots-clés, sept équations de recherche ont été confectionnées. Nous les avons introduites dans les trois moteurs de recherche ci-nommés en appliquant comme filtre « articles de moins de 15 ans », cela afin d'écartier les études trop anciennes. Un second filtre a été employé afin

d'éliminer les doublons communs aux bases de données utilisées. Les articles obtenus ont ensuite été triés sur la base de leur titre et de leur résumé, jusqu'à l'obtention des six articles retenus pour la réalisation de ce travail. Notre démarche de recherche est visualisable au travers des figures suivantes.

Tableau 1. PICO

	Termes en français	HeTOP	MeSH Terms	Cinhal Headings
Patient	➤ Adolescent ➤ Suicide	➤ Adolescent ➤ Suicide	➤ Adolescent ➤ Suicide	➤ Adolescence ➤ Suicide
Intervention	Rôle infirmier	Rôle infirmier	Nurse's role	Nursing Role
Contexte	Prévention	Médecine préventive	Preventive medicine	Preventive Health Care
Outcome	Estime de soi	Concept du soi	Self concept	Self Concept

8.1. Équations de recherche

Tableau 2. PubMed et PsycINFO

1 ((Adolescent[MeSH Terms]) AND Suicidal ideation[MeSH Terms]) AND Nurse's role[MeSH Terms]
2 ((Adolescent[MeSH Terms]) AND Suicidal ideation[MeSH Terms]) AND nursing role
3 ((Adolescent[MeSH Terms]) AND Suicidal ideation[MeSH Terms]) AND preventive medicine[MeSH Terms]
4 ((Adolescent) AND suicidal ideation) AND preventive medicine
5 ((Adolescent[MeSH Terms]) AND Suicidal ideation[MeSH Terms]) AND Self concept[MeSH Terms]

Tableau 3. Cinhal

6 ((MH "Adolescent Health") AND ((MH "Suicidal Ideation") AND (MH "Suicide)
7 (MH "Suicidal Ideation") AND (MH "Adolescence") AND (MH "Preventive Health Care")
8 (MH "Suicidal Ideation") AND (MH "Adolescence") AND (MH "Self Concept")
9 (MH "Suicidal Ideation") AND (MH "Adolescence") AND (MH "Nursing Role")

8.2. Diagramme de flux

Le diagramme de flux est un outil permettant de faciliter la visualisation de la méthodologie de sélection des articles retenus.

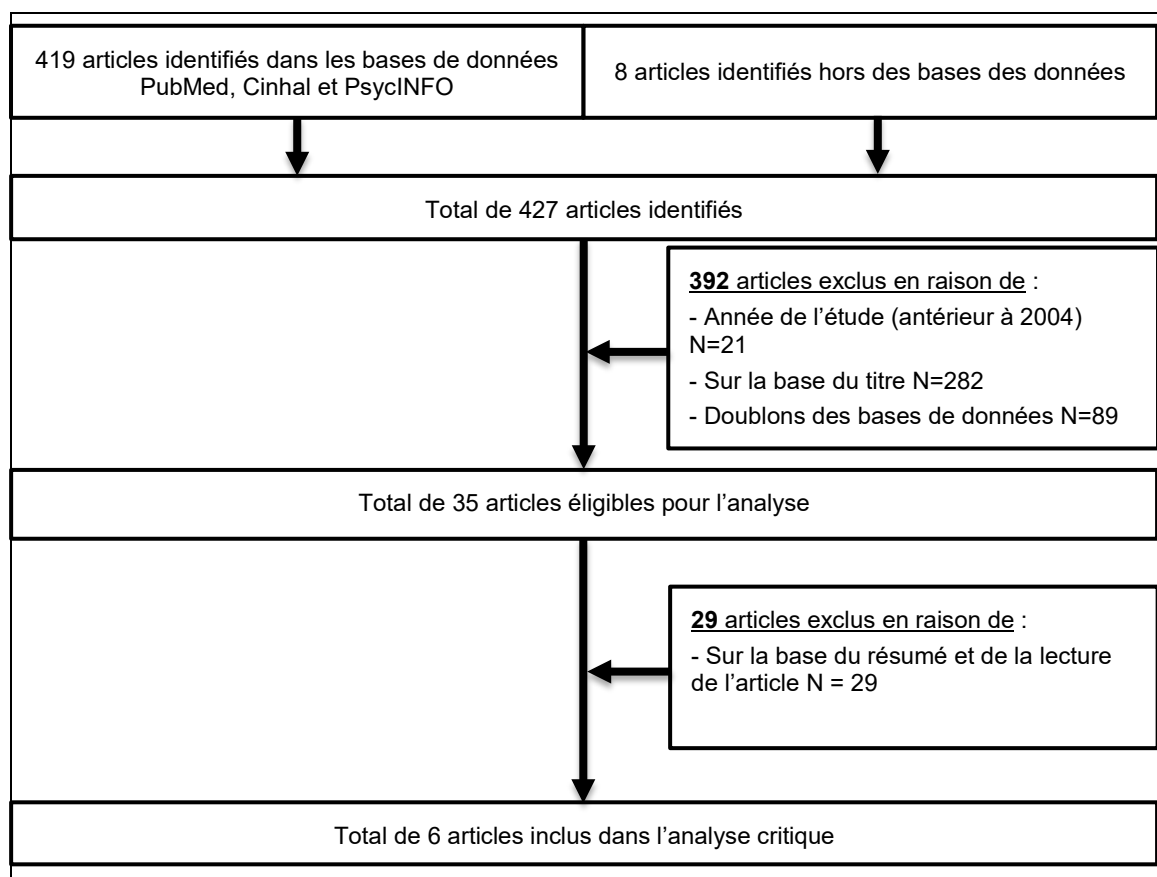


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.

9. RÉSULTATS

9.1. Tableaux comparatifs

Les tableaux suivants synthétisent les articles sélectionnés et analysés. Des fiches de lecture, plus détaillées, de ces derniers sont accessibles en annexe.

Tableau 4. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

Lahey, C.E., Hirsch, J.K., Nelson, L.A. & Nsamenang, S.A. (2014). États-Unis.				
Effects of Contingent Self-Esteem on Depressive Symptoms and Suicidal Behavior.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Principaux résultats	Commentaires/Limites
<p>Étude quantitative de type transversale.</p> <p>Objectif Montrer qu'une haute estime de soi est bénéfique pour la santé psychologique et interpersonnelle.</p>	<p>Un échantillon de 371 étudiants d'une université du sud-est américain, âgés entre 18 et 26 ans (âge moyen de 19,41 ans) (N=371).</p> <p>L'échantillon est diversifié sur un plan ethnique.</p>	<p>Méthode</p> <p>Quatre questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rosenberg's Self-Esteem Scale (<u>RSE</u>) (Échelle d'évaluation de l'estime de soi). - Paradise and Kernis's Contingent Self-Esteem Scale (<u>CSE</u>) (Échelle d'évaluation de l'estime de soi contingente). - Osman et al.'s Suicidal Behavior Questionnaire – Revised (<u>SBQ-R</u>) (Questionnaire permettant d'évaluer les comportements suicidaires). - Radloff's Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (<u>CESD</u>) (Échelle permettant d'évaluer les symptômes dépressifs). <p>Ces questionnaires permettent d'examiner les associations parmi les différentes formes de l'estime de soi (haute-basse et contingente-non contingente) avec les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les individus avec un haut résultat lors de la RSE, présentent moins de risque suicidaire (SBQ) que ceux qui ont un haut résultat lors de la CSE. - Les individus avec un haut RSE possèdent un faible CESD, tandis que ceux avec un haut CSE ont un haut CESD. - Ceux qui couplent un faible RSE avec un haut CSE possède les plus hauts SBQ et CESD, tandis que ceux qui couplent un haut RSE avec un faible CSE ont les plus bas SBQ et CESD. - Une corrélation existe entre le SBQ et le CESD. Lorsque l'estime de soi est faible, les individus présentent plus de symptômes dépressifs et un comportement plus à risque suicidaire (SBQ et un CSE élevés). 	<p>Une étude transversale empêche d'examiner toutes les causes influençant l'estime de soi, la dépression et le risque suicidaire.</p> <p>Les principaux participants à l'étude sont des femmes caucasiennes. De ce fait, la généralisation de cette étude est difficile.</p> <p>Nous ne savons pas dans quelles conditions cette étude a été réalisée. Les étudiants étaient-ils en période d'examens et donc plus stressés ? Comment et pourquoi ont-ils sélectionnés ces élèves ?</p>

Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (2005). Norvège.				
Suicidal and Nonsuicidal Adolescents: Different Factors Contribute to Self-Esteem.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Principaux résultats	Commentaires/Limites
<p>Étude quantitative de type transversale.</p> <p>Objectif Investiguer les différences dans les associations entre les facteurs de risques chez des adolescents suicidaires et non-suicidaires, en se focalisant sur les facteurs influençant l'estime de soi (la solitude, la dépression, les comportements perturbateurs, la stabilité du concept de soi, la perception de ses propres compétences et la recherche de soutien auprès des personnes importantes)</p>	<p>Cette étude est composée de deux échantillons d'une même région de Norvège.</p> <p><u>Le premier</u> de 65 adolescents âgés de 13 à 19 ans, hospitalisés après une tentative de suicide, entre juin 1993 et décembre 1994 (N=65). La moyenne d'âge est de 17 ans et 90% étaient des filles.</p> <p><u>Le deuxième</u> de 390 adolescents non suicidaires (N=390). Six adolescents ont aléatoirement été sélectionnés, en 1994, pour chaque adolescent suicidaire, en prenant en compte l'âge et le sexe.</p>	<p>Méthode Plusieurs échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Self-Perception Profile Adolescents (SPPA) révisée par Harter (Questionnaire composé de sept domaines, dans le but mesurer la perception que l'adolescent a de lui-même). - Global Self-Worth (GSW) (Échelle faisant partie de la SPPA) et Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) (Ces deux échelles permettent de mesurer l'estime de soi). - Self-concept stability (SCS) (Échelle permettant de mesurer la stabilité du concept de soi). - Version courte de la University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness scale. (Échelle permettant de mesurer la solitude). - Échelle élaborée par Meuus et Buhrmester pour mesurer le support parental et des pairs. - Questionnaire élaboré par Wichstrom (Basé sur l'échelle du comportement antisocial de Olweus) pour 	<ul style="list-style-type: none"> - Les valeurs pour tous les aspects de la SPPA et la SCS ont été significativement plus faibles chez les adolescents suicidaires que les adolescents non suicidaires, avec la plus grande différence pour la GSW. - Les adolescents suicidaires ont tendance à moins chercher de soutien auprès des parents et des pairs, tout en ayant plus de sentiment de solitude, plus d'affects dépressifs et de comportements perturbateurs. - La stabilité du concept de soi, le soutien des parents et la solitude sont significativement corrélés avec la GSW chez les adolescents non suicidaires, mais pas chez les adolescents suicidaires. - Les adolescents suicidaires avaient moins d'estime d'eux-mêmes dans tous les domaines et ils demandaient rarement un soutien aux autres. - Chez les adolescents suicidaires, ceux qui se sentaient déprimés avaient un SCS plus élevé que les non dépressifs, alors que c'est le contraire chez les adolescents non suicidaires. - La solitude était associée à une plus grande estime de soi chez les adolescents suicidaires. C'est le contraire pour les adolescents non suicidaires. - Les adolescents non suicidaires avaient une plus haute stabilité du concept de soi et était corrélée avec 	<p>Cette étude date de 2005, ce qui est ancien. De plus, les échantillons datent de 1993 et 1994, ce qui est difficilement transposable à aujourd'hui.</p> <p>Les adolescents suicidaires ont eu des entretiens peu de temps après leur tentative. Cela peut être une limite car leurs émotions et sentiments étaient sûrement influencés à ce moment.</p>

		<p>évaluer les comportements perturbateurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beck Depression Inventory (BDI) pour <u>les adolescents suicidaires</u> (Échelle pour mesurer les symptômes dépressifs). - Depressive Mood Inventory (DMI) pour <u>les adolescents non-suicidaires</u> (Échelle pour mesurer les symptômes dépressifs). <p>Les adolescents suicidaires ont eu un entretien dans la semaine suivant leur admission (dans la plupart des cas, dans les 24 heures). Ensuite, un à cinq entretiens étaient organisés afin de récolter toutes les informations nécessaires. La plupart de ces entretiens ont été menés aux domiciles des participants.</p>	<p>une haute estime de soi et un faible degré de dépression et solitude.</p> <p>Les groupes ont été comparé en utilisant les outils Student's <i>t</i> et Fisher.</p> <p>Les corrélations ont été mesurées avec l'outil Pearson.</p>	
--	--	--	--	--

Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). USA.				
Protective Effects of Self-Esteem and Family Support on Suicide Risk Behaviors among At-Risk Adolescents.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Principaux résultats	Commentaires/Limites
<p>Étude quantitative de type transversale.</p> <p>Objectif Cette étude cherche à démontrer une potentielle interaction entre l'estime de soi et le soutien familial dans leur rôle protecteur du risque suicidaire chez les adolescents rencontrant des difficultés scolaires.</p>	<p>Un échantillon, de 849 jeunes de 14 à 21 ans à risque d'abandon scolaire, scolarisés dans 15 établissements différents aux Etats-Unis (N=849). 54,3% de participants étaient de sexe masculin. L'échantillon est diversifié sur un plan ethnique.</p>	<p>Méthode Quatre questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) (Échelle d'évaluation de l'estime de soi) - High School Questionnaire (HSQ) (Evaluation du risque suicidaire) - Measure of Adolescent Potential for Suicide (MAPS) (Second outil d'évaluation du risque suicidaire) - Le soutien familial a été évalué en utilisant une échelle permettant aux participants de l'évaluer tel que perçu, sur 21 points : de -10 (non soutenant) à 0 (neutre) à +10 (soutenant). <p>Ces questionnaires ont pour but d'examiner l'interaction entre l'estime de soi et le soutien familial ainsi que le rôle de cette interaction dans la réduction du risque suicidaire, au sein d'une population d'adolescents rencontrant des difficultés dans leur situation scolaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 37% des participants ont été identifiés comme étant à risque de suicide. - Les adolescentes ont significativement plus de comportements à risque suicidaire que ceux de sexe masculin. - Une corrélation entre les nombreux changements d'écoles, les difficultés scolaires et le risque suicidaire a été soulignée. - L'estime de soi, le support familial et le support par les pairs ont une influence bénéfique sur la baisse du risque suicidaire. - Les adolescents avec un soutien familial important ont des niveaux plus élevés d'estime de soi que ceux avec un faible soutien familial. - L'hypothèse formulée en début d'étude a été contredite car les résultats démontrent que l'effet protecteur de l'estime de soi, par rapport au risque suicidaire, est plus important dans les situations où l'adolescent reçoit peu de soutien familial. 	<p>Une étude transversale empêche d'examiner l'évolution des variables au cours du temps.</p> <p>Les principaux participants de cette étude sont des jeunes rencontrant des difficultés scolaires, cela remet en question l'aspect généralisable à des jeunes ne rencontrant pas nécessairement ces problématiques-là.</p> <p>L'étude ne prend pas en compte d'autres potentiels facteurs de protection interne comme externe.</p> <p>Les chercheurs considèrent que des facteurs de risque suicidaire peuvent être contrés non seulement par leur suppression, mais également, si cette dernière est impossible, par l'ajout de facteurs protecteurs qui vont contrebalancer les facteurs de risque.</p>

Öztürk, S., & Ekinci, M. (2018). Turquie.

The effect of structured education on self-esteem and the suicide probability of male adolescents living in orphanages.

Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Principaux résultats	Commentaires/Limites
<p>Étude quantitative de type longitudinale.</p> <p>Objectif Cette étude observe l'efficacité d'une éducation structurée visant à améliorer l'estime de soi et l'espoir ainsi qu'à faire baisser la probabilité de suicide chez des adolescents vivant en orphelinat.</p>	<p>L'échantillon de l'étude est constitué de 30 adolescents de sexe masculin, vivant en orphelinat, volontaires à l'étude et parlant couramment le turc (langue des chercheurs) (N=30). Tous ont été inclus à l'étude car habitant dans la même institution, ils auraient pu partager le contenu des entretiens et ainsi influencer un éventuel groupe de contrôle. Aucun groupe de contrôle n'a donc été utilisé pour cette étude.</p>	<p>Méthode Deux questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) (Échelle d'évaluation de l'estime de soi) - Suicide Probability Scale (SPS) (Évaluation du risque suicidaire) <p>Les chercheurs ont fait remplir les questionnaires avant, juste après et huit semaines après avoir conduit une intervention de terrain, à savoir 16 entretiens de groupe basés sur la thérapie cognitivo-comportementale visant à améliorer l'estime de soi et l'espoir des participants. Les entretiens ont eu lieu deux fois par semaine pendant huit semaines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une baisse de la perception négative de soi et de l'épuisement a été statistiquement significative entre la première et la seconde mesure. Pour cet item, pas de différence statistique n'a été soulignée entre la deuxième et la troisième mesure. - Une baisse du désintérêt pour la vie, de la colère et de la probabilité de suicide a été statistiquement significative entre la première et la deuxième mesure ainsi qu'entre la deuxième et la troisième. <p>Tous les résultats ont été analysés avec le programme SPSS. Les analyses avancées ont été réalisées avec le test de Bonferroni.</p>	<p>Le potentiel de généralisation de l'étude à une population d'adolescent plus large est remis en question en raison du fait que la totalité des participants étaient de sexe masculin.</p> <p>L'échantillon observé était exclusivement constitué d'adolescents vivant en institution. Cela limite son potentiel de généralisation à une population d'adolescents vivant et interagissant quotidiennement avec leur famille.</p> <p>La pertinence du programme éducationnel utilisé doit encore être appuyée au travers d'études qualitatives. D'autres études doivent également être conduites sur des échantillons plus larges, plus variés et comprenant un groupe de contrôle afin de mieux analyser les résultats des interventions et de pouvoir les généraliser à une plus grande population.</p>

Fiorilli, C., Grimaldi Capitello, T., Barni, D., Buonomo, I., & Gentile, S. (2019). Italie.				
Predicting Adolescent Depression: The Interrelated Roles of Self-Esteem and Interpersonal Stressors.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Principaux résultats	Commentaires/Limites
<p>Étude quantitative de type transversale.</p> <p>Objectif Analyser le rôle de l'estime de soi et des sources de stress interpersonnel, dans la prédiction de manifestation dépressive chez les adolescents.</p>	<p>182 étudiants pré-adolescents et adolescents, âgés entre 10-14 ans (M=12,7), composé de 92 filles et 90 garçons, qui n'avaient jamais eu de diagnostic psychologique (N= 182). Ces étudiants ont été recrutés dans trois écoles localisées à Rome, en Italie.</p>	<p>Méthode Plusieurs échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trois échelles de la Self-Administred Psychiatric Scales for Children and Adolescents- Depressive Scale (SAFA – D) ont été utilisées pour estimer la dépression en fonction de l'humeur dépressive, le sentiment de faiblesse et le manque de confiance en soi. - Trois sous-échelles de la Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS) pour mesurer l'estime de soi en fonction des relations interpersonnelles, du contrôle des événements de la vie et de la gestion des émotions négatives. - Échelle de Likert afin de mesurer les sources de stress interpersonnel en lien avec les parents, les camarades de classe, les amis et les enseignants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les dimensions de l'estime de soi montrent la plus grande corrélation avec la dépression, alors que les sources de stress la plus faible corrélation. - L'estime de soi est le prédicteur le plus fort de la dépression chez les adolescents. - Avoir des problèmes avec les enseignants n'est pas directement corrélé avec les dimensions dépressives chez l'adolescent. - La gestion des émotions négatives est le prédicteur le plus important pour les trois items de la dépression (en 2ème, les relations interpersonnelles). <p>Les associations des variables de l'étude ont été mesurées à l'aide de l'outil Pearson corrélations.</p>	<p>Cet article aborde le thème de la dépression mais pas du suicide chez les adolescents.</p> <p>La population étudiée est plutôt jeune (entre 10 et 14 ans, moyenne de 12,4).</p> <p>L'estime de soi peut-elle être considérée uniquement par trois items ?</p> <p>Cette étude transversale n'étudie pas toutes les variables, du fait qu'il n'y ait pas de notion temporelle.</p>

Surgenor, P. W. G. (2015). Irlande.				
Promoting recovery from suicidal ideation through the development of protective factors.				
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention	Principaux résultats	Commentaires/Limites
<p>Étude quantitative de type longitudinale.</p> <p>Objectif Cette étude examine le rétablissement après un épisode d'idéation suicidaire, dans les six mois suivant une intervention thérapeutique basée sur les facteurs de protection.</p>	<p>L'échantillon est composé de 107 patients âgés de 18 à 74 ans venu dans l'institution pour y recevoir de l'aide dans un contexte d'idéation suicidaire (N=107). L'échantillon est composé à 49% d'hommes et à 51% de femmes.</p>	<p>Méthode</p> <p>Deux questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient Health questionnaire (PHQ-9) (Évaluation de la dépression) - Indicateur de Robins, Hendin et Trzesniewski (haute convergence de validité avec l'échelle de Rosenberg démontrée) (Évaluation de l'estime de soi) - Positive And Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI) (Évaluation des idées suicidaires positives et négatives) <p>Les chercheurs ont fait remplir les questionnaires avant, un mois après et six mois après que les participants aient bénéficié de 15 entretiens avec un psychothérapeute sur une période de 8 à 12 semaines, avec un minimum de deux entretiens par semaine durant les trois premières semaines. Les thérapies mises en place étaient personnalisées en fonction des besoins du patient. Le thérapeute et le patient ont collaboré pour identifier les facteurs protecteurs bien établis et les facteurs protecteurs nécessitant un renforcement. Des activités en lien avec un renforcement des facteurs protecteurs ont ensuite été mises en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les niveaux de dépression et d'idées suicidaires négatives sont plus bas à un mois, trois mois, et six mois post thérapie que lors du prétest. Ces niveaux ont significativement continué à décliner durant les six mois post thérapie. - Les niveaux d'estime de soi et d'idées suicidaires positives sont plus hauts à un mois, trois mois et six mois post-thérapie que lors du pré-test. Ces niveaux ont continué à augmenter durant les six mois suivant la thérapie. - La plus grande différence de valeur entre le pré-test et la mesure des six mois sont les idées suicidaires positives. Cela implique que le désir de vivre des patients a augmenté de manière exponentielle et qu'il était très élevé lors de la mesure à six mois de la thérapie. <p>Tous les résultats obtenus furent analysés avec le programme G*Power 3.</p>	<p>Afin d'observer les effets de la thérapie dans son entièreté, tous les participants n'ayant pas suivi la totalité des 15 entretiens furent exclus de l'étude. Les questionnaires d'évaluation furent redistribués un mois après la fin de la thérapie, 147 patients acceptèrent d'y répondre. 130 patients ont accepté de répondre aux questionnaires à trois mois post-thérapie et 107 à six mois. La principale raison expliquant la non-participation de certains patients aux questionnaires de suivi était qu'ils estimaient avoir surmonté la crise suicidaire et ne souhaitaient pas la revisiter au travers du questionnaire. L'échantillon observé s'est donc amoindri avec le temps, de plus amples recherches sont nécessaires afin d'investiguer si de tels résultats peuvent être reproduits avec un échantillon plus important.</p> <p>L'étude n'a employé aucun groupe de contrôle, car il ne serait éthiquement pas convenable de priver de thérapie certains patients à risque suicidaire.</p> <p>De futures études devraient s'intéresser à l'évolution des idéations suicidaires chez les patients ayant interrompu leur programme thérapeutique.</p> <p>Selon les auteurs, la pertinence d'un tel programme thérapeutique doit encore être appuyée au travers d'études comprenant un échantillon plus important et des observations allant au-delà des six mois post-thérapie.</p>

10. DISCUSSION

Tableau 5. Tableau de synthèse des thématiques

	Lahey & al. (2014)	Groholt & al. (2005)	Sharaf & al. (2009)	Öztrürk & Ekinci (2018)	Fiorilli & al. (2019)	Surgenor (2015)
Adolescent	✓	✓	✓	✓	✓	
Estime de soi	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Interventions infirmières			✓	✓		

Les explorations effectuées préalablement dans ce travail ont permis d'éclaircir un certain nombre de concepts en puisant dans différentes littératures. La recherche et l'analyse d'articles scientifiques en lien avec la thématique de ce travail nous ont fournis un regard nouveau ainsi qu'un apport dans la manière de questionner l'affirmation citée précédemment : « Les interventions infirmières qui cherchent à renforcer ou à maintenir l'estime de soi de l'adolescent à teinte suicidaire, diminuent le risque de passage à l'acte ». Dans cette discussion, nous commencerons par rappeler les principaux concepts évoqués jusqu'ici, nous poursuivrons en décrivant l'apport fourni des articles de recherches aux thématiques, puis nous finirons par énoncer et questionner les pistes et propositions pour la pratique.

Traverser l'adolescence, comme nous l'ont appris les divers écrits des auteurs sur lesquels nous nous sommes appuyés, représente un certain « périple en mer ». Tel un navigateur novice, le jeune adolescent entame une traversée, en quête de terres nouvelles, sans forcément savoir ce qu'il espère ou craint d'y trouver. Il est animé par une volonté de questionner ses limites dans une quête d'affirmation de sa continuité, de son identité propre, de sa capacité à s'émanciper, et d'être capable de voguer seul.

En effet, une fois le processus pubertaire déclenché, l'adolescent quitte le port œdipien et le sentiment de sécurité qu'il y éprouvait. Il est alors amené à entamer un périple où il va explorer, s'explorer, se découvrir et se redécouvrir, prendre position et répondre à des questions existentielles complexes telles que: « Qui suis-je ? Où vais-je et qu'est-ce que je veux pour ma vie ? »

Quitter l'enfance et construire son identité d'adulte est loin d'être une virée en eaux douces. En effet, il s'agit là d'un réel « périple en mer » potentiellement ponctué d'avaries et de tempêtes.

Pendant son expédition, les liens avec lui-même et les autres et, particulièrement, ceux avec ses parents, sont amenés à évoluer, de même que sa manière de se percevoir et de concevoir la vie. Entre désirs et choix, limites et renoncements, il voit certains de ses rêves tomber à l'eau. Entre défenses, doutes, transgressions, explorations, plaisirs et découvertes de possibles, l'adolescence est un période de potentialité extraordinaire mais aussi de vulnérabilité. D'après Daniel Marcelli : « Si toute adolescence est une séparation, si toute séparation est une perte suivie de deuil, alors toute adolescence serait une dépression potentielle ».

Le voyage que représente l'adolescence est inévitable, il fait partie du processus naturel de grandissement. Comme tout marin novice, l'adolescent ne sait pas encore vraiment comment affronter les tumultes ni comment se servir convenablement des outils dont il dispose pour entretenir son bateau et éviter les avaries. Durant cette période de transition plusieurs facteurs composent, soutiennent et confrontent l'adolescent : l'estime de soi, les relations avec les pairs et les adultes, etc. Ces derniers pourront faire la différence sur la durée du voyage et l'état du navire à son arrivée.

Comment alors mieux comprendre ces « composants » et leur rôle quand il s'agit d'éviter que le périple ne se termine en naufrage ? Ce voyage est-il obligatoirement fait de tourmentes ? Et comment les soignants et plus particulièrement les infirmiers, peuvent-ils venir en aide à ces jeunes navigateurs que sont les adolescents ?

L'estime de soi. L'estime de soi est une composante non-négligeable durant la traversée de l'adolescence.

L'estime de soi se définit par la valeur qu'une personne s'accorde à elle-même. Elle correspond à la conscience qu'une personne a de sa propre valeur et de son importance en tant qu'être humain. Il est important de distinguer l'estime qu'un individu a de sa personne, de celle qu'il a pour ses actes. Là où certains trouveront leur valeur dans des caractéristiques physiques, d'autres les verront dans leurs actions. Cet équilibre est propre à chacun, mais ces deux perspectives doivent être alimentées pour maintenir une bonne estime personnelle.

L'estime de soi est une composante qui peut présenter des failles. Elle n'est jamais complètement ni définitivement acquise. Elle se développe, dès l'enfance, dans l'interaction avec autrui et peut fluctuer tout au long de l'existence. Une « bonne » estime de soi est un mât solide qui permettra à l'individu de voguer plus paisiblement mais aussi de mieux traverser les tempêtes et les moments de doutes. A l'inverse, une « mauvaise » estime de soi, comparable à un mât en bois friable, peut conduire un navire entier à sa perte, à sa mort.

Avoir une « bonne » estime de soi semble indispensable pour pouvoir relever des défis et nourrir de l'espoir. Que cela signifie-t-il ? En quoi les relations aux autres sont-elles aussi une composante clé ? Quel rôle les infirmiers ont-ils à jouer ? En ont-ils un ? Être infirmier, au XXIème, c'est cultiver diverses compétences et de nombreuses connaissances, gestuelles et relationnelles, dans les sciences dures et humaines. L'infirmier est amené à accompagner des personnes dans leurs moments les plus personnels et intimes. Cette place privilégiée, témoigne de l'importance des infirmiers dans la vie.

Les infirmiers constituent le corps soignant le plus représenté dans le monde. Ils sont présents lors de la vie et de la mort, dans les moments de joie et de tristesse, auprès du patient et de sa famille.

Chaque personne a été ou sera, un jour ou l'autre, amené à être au contact d'un infirmier. Cette interaction entre deux êtres humains, laisse place à la subjectivité et à l'intuition dans la pratique des soins. L'infirmier doit être à même de découvrir le monde de l'autre afin d'entrevoir ses besoins, tout en ne le réduisant pas à sa maladie, mais en le percevant comme une personne complexe (que nous sommes tous), vivant un nouvel épisode de sa vie, une transition. Le soignant accompagne, aide, soutient, considère, rit et pleure.

La notion d'intuition prend tout son sens lorsque l'individu traverse une souffrance existentielle, précédemment évoquée comme une tempête. Lorsque le bateau chavire et que l'individu ne voit plus d'autres alternatives que la mort, l'infirmier aide l'adolescent suicidaire à comprendre le sens d'un geste ou d'une idée de mort, afin de trouver une alternative compatible avec la poursuite de son voyage, de sa vie.

Les infirmiers sont, avant tout, des êtres humains, tous uniques, au même titre que les soignés et leurs proches. Quelle est donc la composante, « l'ingrédient » qui permet à certains infirmiers d'offrir du bien-être, là où de nombreuses personnes n'y voient que de la souffrance ? Quels infirmiers possèdent cet « ingrédient » ? Peuvent-ils réellement avoir une influence sur les « ingrédients » d'autrui ?

Nous sommes les infirmiers de demain. Avons-nous les outils nécessaires afin d'accompagner des adolescents suicidaires ? Que faut-il savoir sur eux ?

Comment les articles scientifiques définissent et perçoivent l'adolescence ? Est-il seulement possible de la définir ?

Lors de la lecture des articles, nous avons découvert, avec étonnement, que seul deux des cinq articles sélectionnés, ayant étudié l'adolescent, tentent de définir ce dernier.

Pour Öztürk et Ekinci l'adolescence débute à la fin de l'enfance, dès les prémices de la puberté. Cette période clé a pour but de préparer l'individu à devenir adulte, elle est le chemin censé conduire l'adolescent vers un monde où il se devra d'être un membre intégré et productif de la société, un adulte responsable (2018). Mais que signifie être adulte ?

L'adolescence est un tournant de l'existence dont la clé de voûte est la construction développementale, plus précisément, la construction identitaire.

L'identité. L'identité c'est ce qui rend un individu capable de dire : « Je suis ». Une identité bien ancrée, c'est un Moi solide. Un Moi solide agit comme une colonne vertébrale en permettant à l'individu de rester debout, de rester en vie. Celui dont le Moi est solide s'autorise à exister et donc à ne pas se tuer, ni tuer autrui.

Qu'est-ce que le Moi ? Le Moi est comme le chef d'orchestre de ce que nous avons à l'intérieur. Il négocie sans cesse avec le ça (regroupant les pulsions de vie, Eros, et de mort, Thanatos), avec le Surmoi (composé des règles, des lois et de morale) ainsi qu'avec la réalité du monde extérieur. Mais alors... quels sont les risques si ce Moi est fragile ?

Sigmund Freud disait justement que l'adolescence est une période temporaire où l'individu expérimente des conflits de rôles et où de nombreuses pensées idéales et valeurs sont testées puis adoptées ou non (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 2006 ; Richard et Laurence, 2004, cités par Öztürk & Ekinci, 2018). Dans ces conflits, le Moi est censé l'emporter la plupart du temps. De ce fait, nous n'assassinons pas cette dame qui nous dépasse dans une file d'attente et nous ne cherchons pas à embrasser toutes les personnes que nous trouvons attirantes. Mais si le Moi est fragile, l'histoire se complique. L'équilibre qui régnait entre l'intérieur et l'extérieur d'un individu est perturbé, les pulsions peuvent donc plus facilement s'exprimer. Est-ce dans ce domaine autodestructeur que s'inscrit le suicide de l'adolescent ?

L'adolescence c'est l'une des plus fortes tempêtes développementales que l'être humain traversera dans son existence. De ce fait, l'anxiété qui découle de tous les brusques changements, peut générer un sentiment de solitude et parfois une symptomatologie dépressive (Mollamehmetoglu, 2011, cité par Öztürk & Ekinci, 2018). En effet, les adolescents sont plus à risque de dépression que les enfants plus jeunes (Costello et al., 2011, cités par Fiorilli, Capitello, Barri, Buonomo & Gentile, 2019). La dépression a un effet néfaste sur le fonctionnement social et académique de l'adolescent (Verboom et al., 2014, cités par Fiorilli & al., 2019). Nous disions précédemment dans notre texte, que l'état du bateau à l'arrivée, dépend de la traversée. Öztürk et Ekinci soutiennent ce postulat en soulignant que les difficultés rencontrées durant l'adolescence, peuvent déterminer une psychopathologie à l'âge adulte (Mollamehmetoglu, 2011, cité par

Öztürk & Ekinci, 2018). Ainsi, alors qu'un voyage sans encombre permet à l'adolescent de se construire et de devenir un adulte épanoui, une adolescence ponctuée d'avaries et de souffrances non-considérées peut être la genèse d'un adulte endommagé, encore en proie à des conflits intrapsychiques non-résolus. Selon Anna Freud : « Les premières années de la vie sont comme les premiers coups d'une partie d'échec ; ils donnent l'orientation et le style de toute la partie mais, tant que l'on n'est pas échec et mat, il reste encore de jolis coups à jouer » (s.d., cité par Eliacheff, 1993).

L'adolescent s'efforce à obtenir son indépendance et ses revendications sont nombreuses : sortir avec ses amis, s'habiller comme il le souhaite, recevoir plus d'argent de poche, etc. Malgré tout, il a encore besoin d'un soutien parental important pour être protégé des dangers, des sentiments pessimistes et de l'anxiété. Même s'il est le seul capitaine à bord de son bateau, l'adolescent a besoin d'une brise parentale bienveillante pour gonfler ses voiles et continuer à avancer (Asik & Eker, 2014 ; Kutlu, 2003, cités par Öztürk & Ekinci, 2018). À entendre l'adolescent, cette brise (métaphore du soutien de ses parents) n'est qu'un vestige de son enfance, et beaucoup affirment pouvoir se débrouiller seul. Pourtant un fonctionnement familial structuré et structurant sans être trop contrôlant, est tout aussi important qu'une bonne attitude des parents, lorsqu'il s'agit d'offrir un espace d'épanouissement favorable pour l'adolescent (Öztürk & Ekinci, 2018). Mais que se passe-t-il quand cette brise est absente ? La traversée n'est pas impossible, mais il faudra sortir les rames et le voyage s'en verra probablement prolongé.

Comment alors naviguer dans un océan s'étendant à perte de vue sans ses parents à proximité ? Est-il possible de survivre à ce périple sans un cadre familial ?

Il a justement été observé que, chez les adolescents dont la présence parentale est moindre, les sentiments négatifs sont vécus plus vigoureusement (Ergin, 2002 ; Haran, 2003; Kulaksizoglu, 2002, cités par Öztürk & Ekinci, 2018). Dans leur étude, Öztürk et Ekinci, ont démontré cela en observant que les adolescents orphelins vivant en institution souffrent de plus de sentiments d'inquiétude, de solitude, de désespoir et de peur. Ces derniers ont également tendance à présenter plus intensément des problèmes physiques, de développement social, d'anxiété et ont, en moyenne, une moins bonne estime d'eux-même (2018).

Néanmoins, à l'image d'une brise qui devient un vent contraire, certaines relations avec les parents, les enseignants et les pairs de l'adolescent peuvent le plonger dans un état de stress important, augmentant ainsi les risques de développer des symptômes dépressifs (Hutcherson & Epkins, 2009, cités par Fiorilli & al., 2019).

Selon Fiorilli et al., une bonne estime de soi, chez l'adolescent, est fortement dépendante de la possibilité qu'il a de se sentir accepté et proche de ses parents, ses enseignants et ses paires (Mattanah et al., 2011 ; Lundervold et al., 2013 ; Birkeland et al., 2014,

cités par Fiorilli & al., 2019). Ainsi, tout comme l'individu a besoin d'autrui pour construire sa propre estime, le maintien de cette dernière reste intimement lié à la qualité des relations qu'il entretient avec son entourage. De quelle manière alors les soins infirmiers peuvent-ils venir en aide aux adolescents à la dérive ?

La question « qu'est-ce l'estime de soi ? » est si centrale, que nous souhaitons y revenir en soulignant les enrichissements fournis par les articles sélectionnés. Ces derniers tentent de l'expliquer, de l'évaluer et même, parfois, de l'améliorer. Pourtant, les mêmes questions continuent à nous habiter : Qu'est-ce l'estime de soi ? Quelle place occupe-t-elle chez l'être humain ? Est-elle le mât du bateau ? Comment les infirmiers peuvent-ils influencer une estime de soi ? Est-ce seulement possible ?

Tous les articles s'accordent : l'estime de soi est importante pour prévenir une tentative de suicide. Quel est le lien entre l'estime de soi et le suicide ? Et comment peut-on arriver à une telle conclusion ?

D'après Fiorilli et al., l'estime de soi serait l'un des facteurs prédictifs de la dépression le plus significatif (2019). Toute personne cherche à naviguer dans des eaux calmes en quête de bien-être et d'équilibre, dans le but d'éprouver le plus de plaisir possible et le moins de déplaisir. Pour Lakey et al., ce bien-être se développe en possédant une bonne estime de soi, qui permet à l'individu de gérer avec plus de facilités les émotions négatives liées aux échecs. En effet, une bonne estime de soi offre un sentiment de contrôle en regard de sa vie et est corrélée avec une baisse des risques de dépression, d'anxiété et de comportements suicidaires (2014). Cette notion n'est-elle pas semblable à l'équilibre entre les trois instances (le Moi, le Ça et le Surmoi) ? Le sentiment de contrôle de sa vie est-il plus en lien avec une bonne estime de soi ou un Moi solide ? L'un comme l'autre, lorsqu'ils sont fragiles, sont considérés comme des facteurs de risques, alors que lorsqu'ils sont solides, sont perçus comme des facteurs protecteurs. La pertinence de l'utilisation de l'estime de soi comme un outil de dépistage des adolescents à risque, ainsi que la question du renforcement de l'estime de soi comme intervention de prévention, semblent donc se vérifier.

Cependant la mobilisation de ce concept n'est pas aisée. En effet, des auteurs comme Lakey et al. nous expliquent qu'il n'existe pas seulement une estime de soi. Dans leur étude, ils abordent une dénomination du concept qui nous était jusqu'alors inconnue : l'estime de soi contingente (2014).

Selon Famose et Bertsch, une estime de soi contingente se développe au travers de l'atteinte de résultats précis fixés par la personne en regard de ceux d'un groupe ou de la société, en regard des autres. L'estime de soi « vraie » apparaît quand l'individu se

conduit de manière autodéterminée et que ses standards sont imposés par lui-même et non par les autres. Le capitaine choisit lui-même son cap. L'estime de soi « vraie » est vue comme saine et adaptative, alors que l'estime de soi contingente semble pousser l'individu à abandonner son autonomie personnelle et son authenticité dans le but de plaire à autrui et de satisfaire des « standards » en incongruence avec son identité propre (2009). Le capitaine prévoit son trajet en fonction de celui des autres.

Mais comment un individu peut-il s'imposer à lui-même ses « standards » ? Où naîtraient, alors, les « standards » que l'individu présentant une estime de soi vraie s'impose ? Si l'estime de soi se développe à travers les interactions avec autrui, n'est-elle pas obligatoirement contingente ? Si un tel concept existe, comment alors, dans le cadre des thérapies visant à renforcer l'estime de soi, accroître une estime de soi vraie et non contingente ? Quelle est donc l'influence que les autres ont sur l'estime de soi ?

Les études semblent s'accorder. Une « bonne relation » avec sa famille serait bénéfique pour l'estime de soi d'un adolescent. Un jeune, dont le soutien parental est moindre, présente-t-il nécessairement une faible d'estime de lui-même ? Serait-il donc plus à risque de se suicider ? Comment alors aider un adolescent sans soutien parental ?

L'être humain est plein de surprises et rempli de ressources. En effet, l'article de Sharaf et al. nous apprend que lorsqu'une personne est amenée à grandir sans soutien parental, elle est plus à même de découvrir ses forces personnelles. Un capitaine navigant seul, doit faire preuve de plus de ressources pour affronter les tempêtes. Il a également été observé qu'une bonne estime de soi semble être un facteur protecteur particulièrement fort contre le suicide chez les adolescents ayant peu de soutien familial. Il faut tout de même noter qu'un haut support familial ne réduit pas l'estime de soi de l'adolescent, et est même associé à une plus haute estime de soi (2009).

Un point commun unit de nombreuses études abordant l'estime de soi : l'échelle de Rosenberg (Rosenberg Self Esteem Scale - RSE). En effet, quatre des six articles sélectionnés utilisent ou abordent cette échelle, inventée en 1965, et renseignée à l'aide d'un auto-questionnaire en dix items. Plus le score est élevé, plus l'estime de soi est forte...

La validité de l'échelle de Rosenberg semble se vérifier quand, dans l'étude longitudinale de Öztürk et Ekinci et dans celle de Surgenor, le niveau d'estime de soi des patients (évalué à l'aide de l'échelle de Rosenberg) augmente à mesure de l'avancée de leur thérapie (2018; 2015). Cette échelle a aussi prouvé sa corrélation négative avec la dépression, et sa validité scientifique est encore reconnue à ce jour (Chabrol et al., 2004).

D'autres échelles, fondées sur divers items, permettraient de déterminer l'estime de soi. L'une d'entre elles, la « Multidimensional Self-Concept Scale » (MSCS) par exemple, divise l'estime de soi en trois variables : les relations interpersonnelles, le contrôle des événements de la vie et la gestion des émotions négatives.

Malgré la validité scientifique de toutes ces échelles, l'utilisation de tels outils nous semble paradoxale.

Comment un concept, dont la dimensionnalité est aussi multiple et les manières de le percevoir diverses, peut-il être correctement déterminé par des échelles ? Est-il seulement possible de le déterminer ? Cette question est d'autant plus légitime quand on s'intéresse à l'adolescent que l'on sait être un être de paradoxe et de labilité émotionnelle. Ne rempliraient-ils pas ces échelles différemment d'un jour à l'autre selon son humeur, son moral et les événements contextuels de son existence ?

L'estime de soi est précieuse, elle nous protège du mal que nous, ou les autres, peuvent nous infliger. Elle nous aide à relever les petits défis du quotidien et à braver les grandes tempêtes existentielles. Elle est là, quelque part en nous, cette lueur d'amour et de bienveillance pour soi. Comme le dit Solar dans son poème « L'Estime de Soi » :

« L'estime de soi naît
Quand nous choisissons de nous aimer.

« L'estime de soi
C'est de l'affection envers soi même
C'est Aimer
Tout ce que nous sommes,
Tout ce que nous ressentons
Et pensons
Tout ce que nous faisons
Et ne faisons pas.

« L'estime de soi
C'est choisir de s'aimer,
Aimer
Tout ce que nous avons à l'intérieur
Du corps, du cœur,
De la tête, de L'esprit
Pas uniquement
Une portion insignifiante
De notre propre univers

Qui est infini.

« L'estime de soi
C'est choisir de s'aimer soi-même
Et laisser pour toujours
La mauvaise habitude
De se comparer, se rejeter
Et se détester

« L'estime de soi
C'est choisir de s'aimer totalement
Aimer
Le raté et le triomphateur
Que tu portes en toi

« Les parts moches et belles
De celui qui rit et celui qui pleure
Du brillant et du stupide
Du croyant et du sceptique
Du suiveur et du leader
Du compétent et de l'incompétent

« Quand tu choisis de t'aimer
Tu ne critiques plus et tu ne te plains plus
Ni de toi même, ni des autres
Tu arrêtes de te saboter [...] » (2014).

L'estime de soi reste parfois si profondément enfouie dans notre identité qu'il est difficile de se rappeler qu'elle existe. Est-elle le mât du bateau que nous voyons si bien, droit et fort, au milieu de l'embarcation, ou plutôt un trésor caché dans la cale ? Si tel était le cas, un bien aussi précieux mériterait d'être exploité. Mais comment les infirmiers peuvent-ils aider les adolescents à aller chercher ce trésor au plus profond d'eux-mêmes pour le ramener sur leur pont ? Dans ce cas, qui est le mât ? Le Moi ? Quelles sont les autres éléments composant le bateau que nous oublions ?

Durant nos lectures, nos discussions et nos recherches, nous nous sommes aperçus qu'un autre concept était régulièrement associé à l'estime de soi et à la problématique

du suicide. Ce concept est la relation que l'adolescent entretient avec les autres (sa famille, ses amis, ses pairs, ses enseignants). Tout porte à croire que, s'il entretient de bonnes relations avec le monde qui l'entoure, il présentera une bonne estime de lui-même. Un trésor est toujours plus en sécurité si les marins autour sont de confiance.

Le développement de l'estime de soi se fait au contact des autres, elle se maintient, se renforce, ou s'affaiblit en fonction des relations qu'on entretient avec les autres. Si on est complètement seul, l'estime de soi a-t-elle un sens ? Et si l'estime de soi c'est les autres, existe-t-elle qu'à travers eux ?

Est-ce qu'entretenir des bonnes relations avec les autres permet de cultiver une bonne estime de soi ? Ou est-ce que, à l'inverse, une bonne estime de soi, aide à aller vers les autres et entretenir de bonnes relations avec eux ?

Si l'estime de soi est une conséquence de la qualité des relations avec autrui, nous pouvons envisager des interventions infirmières non pas autour d'un renforcement direct de l'estime de soi (qui passerait par exemple par de la valorisation) mais plutôt en favorisant de bonnes relations aux autres. Le rôle infirmier est donc de promouvoir un environnement social le plus favorable possible, là où, par lui-même, l'adolescent aura l'espace suffisant pour cultiver sa propre estime et ainsi développer le facteur protecteur, qu'est l'estime de soi. Tout cela permet à terme, de limiter le risque suicidaire. Donner des outils (gestion de conflits, entretiens de famille, etc.) à l'adolescent et à ses proches pour favoriser la stabilité de leur relation, peut être une possibilité. Nous pensons que les individus, autant que les familles et les pairs, sont des partenaires dans toute prise en soin.

Si l'estime de soi dépend des relations aux autres, comment favoriser la stabilité du lien parents-enfant, alors que l'adolescent cherche justement à s'éloigner de ses parents ? Que faire si la famille est absente ? Dans ce cas, est-il possible d'intervenir uniquement auprès de l'adolescent et de ses pairs ?

L'article de Öztürk et al., a démontré que chez des adolescents vivant dans un orphelinat, une hausse de l'estime de soi est possible. Cette dernière s'est manifestée suite à 16 entretiens de groupes (entre pairs), où chacun a pu s'exprimer et se sentir valorisé par les autres. L'estime de soi a augmenté et s'est maintenue jusqu'à la dernière mesure (six semaines après la fin des thérapies). Les entretiens de groupe permettent à l'adolescent de construire des relations positives avec ses pairs et de gagner en estime de soi et en capacité d'expression des émotions (2017). À l'inverse des entretiens individuels, lors desquels l'adolescent pourrait se sentir confronté à un soignant, un groupe permet à l'adolescent de se reposer sur une adhésion au corps groupal et ainsi se sentir rassuré. Il n'a donc pas l'impression d'être lui-même surexposé, mais que tout passe par le groupe.

Quelle est donc la place de l'infirmier dans ces thérapies ? Est-il observateur, médiateur, animateur ?

Nous pensons que l'infirmier est capable d'être tout cela à la fois, et bien plus encore ! Le soignant pose le cadre afin de créer un environnement sécuritaire. Il observe les comportements des adolescents. Il imagine et crée des médiations thérapeutiques. Il les anime, et agit en médiateur. Mais surtout... l'infirmier s'implique, pour que les adolescents n'aient pas l'impression d'être observés, d'être épiés en train de faire des choses, mais qu'ils puissent co-construire ce « quelque chose ».

Les arts, sont en général, d'excellents véhicules de médiation thérapeutique, permettant à l'adolescent de s'exprimer, non pas directement au travers de mots, mais indirectement, en laissant place à l'esprit et l'authenticité de chacun (5ème colloque du réseau santé-social à l'épreuve de la crise suicidaire chez l'adolescent, Pommereau, 2019). Ce qui nous semble déterminant, c'est que l'infirmier s'implique dans les relations, dans la construction, dans l'échange, dans la rencontre avec les adolescents.

Ainsi le soignant ne tente plus d'entrer dans le monde du soigné, et tous deux se rencontrent dans une zone neutre. Cet endroit favorable à l'accueil permet la construction d'un dialogue et l'amorce d'une relation de confiance, indispensable à la mise en place de thérapies.

Au travers de ces thérapies de groupe, l'estime de soi est renforcée et le risque suicidaire diminué (5ème colloque du réseau santé-social à l'épreuve de la crise suicidaire chez l'adolescent, Pommereau, 2019).

Qu'est-ce qui influence l'estime de soi si ce n'est pas les relations avec les autres ? Les réussites ? Ne sont-elles justement pas en regard des autres ?

Peut-être que l'estime de soi n'est pas le sujet principal influençant l'adolescent...

Quelles notions oublions-nous ? Le narcissisme ? La fuite ?

Serait-ce donc « quelque chose » en nous, nous appartenant, enfoui dans notre être ? Le Moi ?

Les articles n'abordent pas ces différents questionnements.

Si le point important de la crise suicidaire est le Moi plutôt que l'estime de soi, quel est le rôle infirmier ? Un psychiatre a besoin de nombreuses années de thérapie pour accompagner un individu à réparer une fragilité du Moi...

L'adolescent est un capitaine novice, naviguant sur un magnifique bateau (tous les bateaux possèdent leurs beautés), dont le mât (ou le Moi) est fragile. Mais alors, que peuvent réellement faire les infirmiers et de quelle façon ? Nous l'avons compris, consolider durablement ce mât prendrait des années... Dans un moment de crise comme le suicide, le capitaine se focalise uniquement sur les défauts de son bateau,

ceux qui pourraient le faire couler. Mais remarque-t-il qu'une deuxième voile peut s'ouvrir, ou qu'en virant à tribord la tempête et le brouillard s'estomperaient ?

Nous pensons que l'infirmier a toute son importance auprès de l'adolescent et particulièrement chez l'adolescent à teinte suicidaire. Aux travers de ses multiples compétences, il peut-être le phare, le bateau remorqueur et le gardien d'un port de mer calme et neutre.

Quand un bateau est perdu dans la nuit noire, une lumière, une petite lumière à l'horizon lui rappelle qu'il n'est pas seul. Même si l'adolescent pense être à la dérive depuis des jours, que personne ne remarque sa souffrance profonde, l'infirmier peut lui redonner de l'espoir, une raison d'y croire.

Comment faire ? Cette réponse existe en chaque infirmier... Certains éclairent avec une lumière blanche, d'autres bleue ou rouge... Mais ce qui compte, n'est-ce pas qu'il y ait cette lumière ?

L'infirmier prend soin et accompagne l'individu dans sa singularité. Un bateau, dont les voiles sont déchirées, avance très lentement, au point que certains capitaines préfèrent arrêter de ramer. L'adolescent à la dérive, se met à détester son bateau. Pour lui, tout y est inutile et laid. L'infirmier, grâce à son intuition et sa connaissance de la mer, aperçoit ce bateau égaré et se propose de le remorquer vers la côte. Pourquoi l'adolescent devrait-il faire confiance à cet inconnu ? Il pourrait en effet s'agir d'un pirate. C'est à ce moment qu'un échange doit naître. Pour cela, son sens de la créativité et une écoute bienveillante doivent être mobilisés. L'infirmier peut, par exemple, faire remarquer au capitaine que son bateau n'est pas le seul dans ces eaux tumultueuses, et que d'autres bateaux, comme lui, sont à la dérive, mais que beaucoup ont réussi à regagner le port. De plus, même si les voiles du bateau méritent d'être recousues, le navire reste magnifique. Au fil du temps, une relation de confiance se tisse et l'adolescent accepte de se faire accompagner pour entamer les travaux de réparation. Ce retour n'est pas linéaire, c'est une réelle exploration. L'infirmier compose avec les vents contraires qui déstabilisent l'adolescent, ainsi qu'avec ses changements de cap. Le ramener à bon port, c'est savoir encadrer et contenir (mais pas trop) l'adolescent, en ayant conscience des risques météorologiques et des divers courants. L'implication de l'infirmier dans cette péripétie permet la naissance d'une relation de confiance.

L'infirmier c'est aussi le gardien de ce port transitoire, où un adolescent à teinte suicidaire peut faire escale. Ce lieu, l'infirmier l'entretient pour y accueillir les bateaux fragilisés, dans un environnement calme, sécuritaire, bienveillant et où chaque bateau possède une place unique. L'infirmier offre l'hospitalité, discute sur l'origine des avaries, accompagne le capitaine dans les réparations, souligne toute la beauté du navire et permet aux marins de se retrouver dans un but commun. L'infirmier prend le temps

d'écouter le capitaine lorsqu'il doute de ses capacités de navigateur. L'infirmier voit du potentiel en chaque bateau, même si son capitaine ne le voit pas encore. L'infirmier aide à préparer le bateau à son retour en mer, l'infirmier reste proche du capitaine jusqu'à son départ. Être infirmier auprès d'adolescents à teinte suicidaire, c'est être là pour eux, c'est être avec eux, et c'est montrer sa posture bienveillante, pour tisser une relation de confiance, le point d'ancrage de toutes les thérapies.

La revue de littérature réalisée a mis en évidence deux aspects saillant de la prise en soin de ces adolescents. Les entretiens de groupes sont un outil pertinent quand il s'agit de prévenir la problématique du suicide chez adolescents. Nous pensons qu'un lien fort existe entre l'estime de soi et les relations que l'individu entretient avec son entourage. La famille, mais surtout les parents, sont un pilier durant l'adolescence. C'est pourquoi il nous semble primordial d'articuler des thérapeutiques impliquant les proches et visant à améliorer les relations interpersonnelles des adolescents dans le but de renforcer leur estime d'eux-mêmes.

Les entretiens individuels sont également déterminants. Ces moments dédiés à un seul adolescent, lui permettent de partager d'autres émotions, sentiments et souvenirs, car toute l'attention est focalisée sur lui. Même si cela peut paraître intimidant aux premiers abords, nous sommes persuadés, que dans un environnement chaleureux et sécuritaire, ainsi qu'avec un infirmier à l'écoute, non-jugeant et humaniste, les entretiens individuels sont bénéfiques pour un adolescent à teinte suicidaire.

Le présent travail ne propose ni un protocole à suivre, ni une recette applicable de manière systématique dans les prises en soins d'adolescents à teinte suicidaire. Il met cependant en lumière la multidimensionnalité des soins infirmiers, produit d'une alchimie entre le savoir, le savoir-être et le savoir-faire ; tout un art. Nous étions conscients, dès le début de la rédaction, que la complexité et la subjectivité des concepts mobilisés seraient une limite pour suggérer des interventions précises applicables dans la pratique. Comment est-ce possible d'être concret lorsque l'être humain ne l'est pas ? Nous souhaitons plutôt mettre en lumière la délicatesse et la subtilité des prises en soins réalisées auprès d'adolescents suicidaires. Finalement, notre but est de transmettre, humblement, des pistes de réflexions et inviter, tout soignant, à s'interroger sur sa posture et sa manière d'aborder l'adolescent à teinte suicidaire et sa famille. Nous, futurs infirmiers, essayons de cultiver ce regard intérieur, de nous remettre en question, de nous déranger... Et vous ?

Les interventions infirmières, l'estime de soi, l'adolescent et le suicide : ces thèmes composent une problématique bien plus complexe que nous l'imaginions au départ, et qui peut questionner, intriguer et déranger.

Nous concluons ce travail de recherche après avoir consulté de nombreux ouvrages scientifiques et philosophiques d'auteurs de référence, et avoir participé à un colloque abordant la crise suicidaire chez l'adolescent. Cependant, un grand nombre de questions demeurent encore sans réponses. Pouvons-nous réellement espérer des réponses claires, quand on parle de l'être humain et de son intérieur ? Comment, nous, étudiants en soins infirmiers en fin de formation, pourrions prétendre résoudre ces énigmes, alors que des professionnels en font le travail d'une vie ? À défaut de trouver toutes les réponses, ces questions alimentent notre introspection, nous qui pouvons, parfois, avoir l'impression d'être encore des adolescents.

11. RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8^{ème} édition). St Louis : Elsevier Mosby.
- American Academy of Pediatrics, National Resource Center for Health and Safety in Child Care (U.S.), American Public Health Association, & United States (Éd.). (2011). *Caring for our children: National health and safety performance standards, guidelines for early care, and education programs* (Third edition). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, (82), 26-30. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0026>
- André, C., & Lelord, F. (2007). *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
- Arnoult, A. (2011). Le suicide à l'adolescence, Abstract, Zusammenfassung, Resumen. *Agora débats/jeunesses*, (59), 39-51. <https://doi.org/10.3917/agora.059.0039>
- Bardou, É., & Oubrayrie-Roussel, N. (2014). *L'estime de soi*. Paris : Éditions In Press.
- Bariaud, F. (2006). Le Self-perception profile for adolescents (SPPA) de S. Harter. Un questionnaire multidimensionnel d'évaluation de soi. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (35/2), 282-295. <https://doi.org/10.4000/osp.1118>
- Bormans, C. (2003). Moi. Accès <http://psychanalyse-paris.com/Moi.html>
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (1998). *L'adolescent aux mille visages*. Paris : Odile Jacob.
- Brausch, A. M., & Decker, K. M. (2014). Self-Esteem and Social Support as Moderators of Depression, Body Image, and Disordered Eating for Suicidal Ideation in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 779-789. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9822-0>
- Buffet Lombard, A., Mattioli, L., Villard, M., & Harfouche, Y. (2015). *Guide de présentation des citations et références bibliographiques (Style APA)*.
- Carrascal, G. C., & Castillo, C. V. C. (2012). Familia y escuela : Escenarios de

- prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Avances en Enfermería*, 30(E), 102–117.
- Chabrol, H., Carlin, E., Michaud, C., Rey, A., Cassan, D., Juillot, M., ... Callahan, S. (2004). Étude de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dans un échantillon de lycéens. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(8), 533-536. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.09.007>
- CIAO. (2018). Estime de soi. Accès http://www.ciao.ch/estime_de_soi/
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., & Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : Genèse d'une discipline*. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Collière, M.-F. (1992). *Promouvoir la vie*. Paris : InterEditions.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière Éducation.
- De Saint-Paul, J. (s. d.). *Estime de soi, confiance en soi*. Paris: InterEditions.
- DeVylder, J. E., & Hilimire, M. R. (2015). Suicide Risk, Stress Sensitivity, and Self-Esteem among Young Adults Reporting Auditory Hallucinations. *Health & Social Work*, 40(3), 175-181. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv037>
- Duclos, G. (2010). *L'estime de soi, un passeport pour la vie* (3ème édition). Québec : CHU Sainte-Justine.
- Duclos, G., Laporte, D., Ross, J., & Hôpital Sainte-Justine. (2002). *L'estime de soi chez les adolescents*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Eliacheff, C. (1993). *À corps et à cris. Être psychanalyste avec les tout-petits*. Paris : Odile Jacob.
- Eskin, M. (2012). The role of childhood sexual abuse, childhood gender nonconformity, self-esteem and parental attachment in predicting suicide ideation and attempts in Turkish young adults. *Suicidology online*, 3, 114–123.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(3), 131-139.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.131>

- Famose, J.-P., & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi: Une controverse éducative*. Presses Universitaires de France.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3ème). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Fédération française de psychiatrie. (2009). *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalité d'aide et de soutien*.
- Fiorilli, C., Grimaldi Capitello, T., Barni, D., Buonomo, I., & Gentile, S. (2019). Predicting Adolescent Depression: The Interrelated Roles of Self-Esteem and Interpersonal Stressors. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00565>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*. Accès <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Fourchard, F., & Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 333–339.
- Frey, L. M., & Fulginiti, A. (2017). Talking about suicide may not be enough: Family reaction as a mediator between disclosure and interpersonal needs. *Journal of Mental Health*, 26(4), 366-372. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340592>
- Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (2005). Suicidal and Nonsuicidal Adolescents: Different Factors Contribute to Self-Esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 525-535. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.525>
- Hauswald, G. (2016). *L'adolescence en poche*. <https://doi.org/10.3917/eres.haus.2016.01>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018). UPJA - Service des spécialités psychiatriques à Genève aux HUG. Accès <https://www.hug-ge.ch/specialites->

- Hôpitaux Universitaires de Genève. (s.d.). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Genève aux HUG. Accès <https://www.hug-ge.ch/psychiatrie-enfant-adolescent>
- Kindelberger, C., & Picherit, S. (2016). La mesure de l'estime de soi à l'adolescence : Proposition d'une nouvelle échelle multidimensionnelle (Emesa). *Pratiques Psychologiques*, 22(1), 49-59. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.10.002>
- Lahey, C. E., Hirsch, J. K., Nelson, L. A., & Nsamenang, S. A. (2014). Effects of Contingent Self-Esteem on Depressive Symptoms and Suicidal Behavior. *Death Studies*, 38(9), 563-570. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809035>
- LaRosa, E., Consoli, S. M., Hubert-Vadenay, T., & LeClésiau, H. (2005). Facteurs associés au risque suicidaire chez les jeunes consultants d'un centre de prévention sanitaire et sociale. *L'Encéphale*, 31(3), 289-299. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82393-0](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82393-0)
- L'Association Médicale Mondiale. (2014). Déclaration d'Helsinki de L'AMM - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Accès https://www.fmh.ch/files/pdf17/WMA_Helsinki-Deklaration_F.pdf
- Le Breton, D. (2014). *Adolescence et conduites à risque*. Bruxelles: Fabert.
- Lehmann, M., Hilimire, M. R., Yang, L. H., Link, B. G., & DeVlyder, J. E. (2016). Investigating the relationship between self-esteem and stigma among young adults with history of suicide attempts. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(4), 265-270. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000399>
- Marcelli, D. (2003). Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours. *Le Carnet PSY*, (85), 21-24. <https://doi.org/10.3917/lcp.085.0021>
- Marcelli, D., & Berthaut, E. (2001). *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson.
- Martinot, D. (1995). *Le Soi: Les approches psychosociales*. Grenoble : Presses

universitaires de Grenoble.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory: *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Monbourquette, J., Ladouceur, M., & d'Aspremont, I. (2003). *Stratégies pour développer l'estime de soi et l'estime du Soi*. Montréal : Bayard.
- Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS). (2018). Accès <https://preventionsuicide-romandie.ch/observatoire-romand-des-tentatives-de-suicide-orts/>
- Observatoire suisse de la santé. (2016). Suicide. Accès <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (s.d.). Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/aktionsplan-suizidpraevention.html>
- Office Fédéral de la Santé Publique, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, & fondation Promotion Santé Suisse. (2016). *La prévention du suicide en Suisse*.
- Office Fédéral de la statistique. (2018). Suicide selon l'âge et le sexe (suicide assisté exclu). Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2012). Les risques pour la santé mentale: Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Accès http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2015). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*. Place of publication not identified: World Health Organization.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018a). Adolescents : risques sanitaires et solutions. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018b). Développement des adolescents. Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018c). Données et statistiques sur le suicide. Accès http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018d). Suicide. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/fr/>
- Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2000). Idéation suicidaire et dévalorisation de soi à l'adolescence. *43^{ème} Congrès de la Société Suisse de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*.
- Öztürk, S., & Ekinci, M. (s. d.). The effect of structured education on self-esteem and the suicide probability of male adolescents living in orphanages. Elsevier Enhanced Reader. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.011>
- Paola, M. (2007). *Reconnaître les signes précoces*. Pulsation.
- Patterson, S. (2016). Suicide Risk Screening Tools and the Youth Population. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(3), 118-126. <https://doi.org/10.1111/jcap.12148>
- Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F., & Girard, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Perret, G., Abudurehman, A., Perret-Catipovic, M., Flomenbaum, M., & Harpe, R. L. (2006). Suicides in the Young People of Geneva, Switzerland, From 1993 to 2002. *Journal of Forensic Sciences*, 51(5), 1169-1173.
- Peterson, S., & Bredow, T. (2017). *Middle range theory Application to nursing research and practice* (4^{ème} édition). Philadelphia : Wolters Kluwe.

- Pommereau, X. (2013). *L'adolescent suicidaire* (3^{ème} édition). Paris : Dunod.
- Pommereau, X. (2005a). *Adolescent suicidaire*. Paris : Dunod.
- Pommereau, X. (2019b). *De l'acte à la parole, les nouvelles médiations comme support à la relation thérapeutique*. 5^{ème} colloque du réseau santé-social à l'épreuve de la crise suicidaire chez l'adolescent, 12 février 2019, Genève.
- Recherche en Soins Infirmiers (R.S.I). (2016). La théorie de transitions de Meleis. Consulté à l'adresse Recherche en Soins Infirmiers (R.S.I) Accès <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2016/02/28/la-theorie-de-transitions-de-meleis/>
- Roscoät, E. du, Legleye, S., Guignard, R., Husky, M., & Beck, F. (2016). Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 190, 517-521. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.049>
- Rufo, M. (2007). *La vie en désordre. Voyage en adolescence*. Paris : Anne Carrière.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective Effects of Self-Esteem and Family Support on Suicide Risk Behaviors among At-Risk Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160-168. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00194.x>
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4^{ème} édition). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Solar, S. (2014). *El árbol de la vida: Enseñanzas ancestrales según el camino de Cóndor Blanco*. Santiago : Cóndor Blanco Ediciones.
- Surgenor, P. W. G. (2015). Promoting recovery from suicidal ideation through the development of protective factors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(3), 207-216. <https://doi.org/10.1002/capr.12035>
- Taborda-Simões, M. da C. (2005). L'adolescence : Une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*, Numéro 479(5), 521-534.
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2017). Connectedness Factors that Protect

Against Repetitive Non-Suicidal Self-Injury Among Sexual Minority Youth Who Self-Injure. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), S92–S93.

Venturini, A., & Perret-Catipovic, M. (2003). Le dispositif d'aide aux jeunes suicidants mis en place à Genève. *Le Carnet PSY*, 85(8), 31.
<https://doi.org/10.3917/lcp.085.0031>

Wasserman, D., Hoven, C., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., & Carli, V. (2015). *School-based suicide prevention programmes - the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*.

Williams, S. G., Langhinrichsen-Rohling, J., Wornell, C., & Finnegan, H. (2017). Adolescents Transitioning to High School: Sex Differences in Bullying Victimization Associated With Depressive Symptoms, Suicide Ideation, and Suicide Attempts. *The Journal of School Nursing*, 33(6), 467-479.
<https://doi.org/10.1177/1059840516686840>

WordReference.com. (s.d.). Accès <https://www.wordreference.com/>

Wyman, P. A. (2014). Developmental Approach to Prevent Adolescent Suicides. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), S251-S256.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.039>

12. ANNEXES

12.1. Fiches de lectures

Article 1

Lakey, C.E., Hirsch, J.K., Nelson, L.A. & Nsamenang, S.A. (2014). Effects of Contingent Self-Esteem on Depressive Symptoms and Suicidal Behavior. *Death Studies*, 38 : 563-570

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation de l'étude

- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée au sein d'une université de la ville Américaine Johnson City, dans l'état du Tennessee.

- Les objectifs pratiques :

Au vu des recherches déjà existantes, cette étude veut montrer qu'une « haute » estime de soi est bénéfique pour la santé psychologique et interpersonnelle.

L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les chercheurs ont examiné l'association entre les différentes formes d'estime de soi (haute/basse et contingente/non contingente) avec les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires.

- Question de recherche :

Il n'y a pas de question de recherche.

- Hypothèse de travail :

Plusieurs hypothèses sont posées :

- Une estime de soi générale serait liée à moins de symptômes dépressifs et de comportements suicidaires alors qu'une estime de soi contingente à plus.
- Autant l'estime de soi générale que la contingente pourraient prédire de manière indépendante les symptômes dépressifs et les risques suicidaires. De cette façon, une bonne estime de soi générale pourrait prédire une baisse des

symptômes dépressifs et des comportements suicidaires alors qu'une bonne estime de soi contingente prédit en une augmentation.

- L'existence d'une interaction entre une estime de soi générale et contingente explique les différences dans les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires.
- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs ne s'appuient pas sur un cadre théorique dans leur recherche.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Le principal concept est l'estime de soi. Il est divisé en estime de soi générale ou contingente/non-contingente (forte ou basse), ainsi que stable et instable.

Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

Les auteurs ont utilisé quatre questionnaires différents. Cette étude transversale a utilisé la Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE), la Paradise and Kernis's Contingent Self-Esteem Scale (CSE), l'Osman et al.'s Suicidal Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R) et la Radloff's Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CESD). Le premier questionnaire évalue l'estime de soi dans sa globalité, le deuxième l'estime de soi contingente, le troisième les risques de comportements suicidaires ainsi que le risque de tentative de suicide et le dernier les symptômes dépressifs des semaines précédant l'expérience.

- Population de l'étude :

L'échantillon de l'étude était constitué de 371 étudiants d'une université du sud-est américain, âgés entre 18 et 26 ans (âge moyen de 19,41 ans), consentant et recevant des crédits pour un cours de recherche. La majorité des étudiants (71,1%) étaient caucasiens et 68,73% des individus étaient des femmes (255). La majorité des jeunes étaient caucasiens (71,7%).

- Type de devise :

Il s'agit d'une étude quantitative de type transversale où les chercheurs analysent les données résultantes des questionnaires/échelles. Les quatre questionnaires sont confrontés, afin de voir « quelle estime de soi » présente le plus et le moins des comportements suicidaires et de symptômes dépressifs.

Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche
- Les résultats montrent qu'une corrélation entre l'estime de soi générale et contingente n'existe pas. En effet, les individus avec un haut résultat lors de la RSE présentent moins de risque suicidaire (SBQ) que ceux qui ont un haut résultat lors de la CSE.
- Les individus avec un haut RSE possèdent un faible CESD, tandis que ceux avec un haut CSE ont un haut CESD.
- Ceux qui couplent un faible RSE avec un haut CSE possèdent les plus hauts SBQ et CESD, tandis que ceux qui couplent un haut RSE avec un faible CSE ont les plus bas SBQ et CESD.
- Une corrélation existe entre le SBQ et le CESD. En effet, deux figures en page 566 schématisent la corrélation entre, en premier lieu l'estime de soi contingente (faible et haute) et les risques de comportements suicidaires et en deuxième lieu, le lien entre l'estime de soi contingente (faible et haute) et les symptômes dépressifs. De ce fait, lorsque l'estime de soi est faible, les individus présentent plus de symptômes dépressifs et un comportement plus à risque suicidaire (SBQ et un CSE élevés).
- Dans la discussion, les auteurs avancent qu'une estime de soi peut promouvoir de bonnes interactions sociales et empêcher qu'une personne s'estime sans valeur et de se sentir désespérée (fortement liées avec la dépression et les suicides).
- Conclusions générales :

L'estime de soi contingente, qui implique une poursuite d'une estime de soi générale, offre probablement de légers bénéfices à affronter certains événements de la vie, mais elle se montre nuisible à long terme pour la santé mentale. La dépression et les comportements suicidaires pourraient être une des conséquences de l'estime de soi contingente, tout particulièrement pour ceux avec une faible estime de soi générale. De ce fait, les cliniciens et les chercheurs devraient prendre cet aspect en considération lorsqu'ils accompagnent des personnes.

- Particularité ou originalité de l'étude

Cette étude est originale car elle montre qu'une haute estime de soi n'est pas forcément bénéfique. En effet, contrairement à ce qu'on pourrait penser, une haute estime de soi contingente est corrélée à un plus haut risque de suicide et plus de symptômes dépressifs.

Ethique

« Pourquoi est-ce qu'une faible et haute estime de soi contingente devrait être à la base d'une psyché si fragile alors qu'une faible estime de soi générale n'est forcément pas liée aux mêmes résultats ? » (p.567).

Démarche interprétative

Apport de l'article

Cet article nous permet de mieux percevoir la complexité de l'estime de soi. Il met en avant qu'il existe plusieurs estimes de soi (contingente et générale), qui peuvent être hautes ou basses et fragiles ou solides. Il semble important de savoir qu'une personne avec une haute estime de soi n'est pas pour systématiquement exempte de risque de dépression ou de comportements suicidaires. Ces éléments permettent de guider notre pratique et de remettre en question l'utilisation d'une seule échelle d'évaluation de l'estime de soi (échelle de l'estime de soi de Rosenberg - RSE).

Limites

Les auteurs trouvent deux limites à leur étude. Tout d'abord, une étude transversale empêche d'examiner toutes les causes. En effet, ils ne peuvent pas certifier qu'une dépression et un comportement suicidaire soient l'expérience d'une faible estime de soi ou alors à d'autres aléas de la vie. Ensuite, les principaux individus de cette étude sont des femmes caucasiennes. De ce fait, la généralisation de cette étude n'est pas possible et devrait être complétée par une recherche prospective et longitudinal, utilisant différentes communautés et un plus large échantillon.

De plus, nous ne savons pas dans quelles conditions cette étude a été réalisée. Les étudiants étaient-ils en période d'examens et donc plus stressés ? Comment et pourquoi ont-ils sélectionnés ces élèves ?

Aussi, il aurait été intéressant de réaliser cette étude dans diverses universités, ainsi elle serait plus facilement généralisable.

Piste de réflexion

En fin de discussion (p.568), les auteurs proposent une piste intéressante pour les soignants. En effet, ils proposent que la promotion de la santé et qu'une estime de soi solide incluent l'estime de soi contingente, afin que cette dernière puisse être une piste de plus pour les cliniciens lors d'une intervention thérapeutique. De plus, des entretiens où les aspects cognitivo-comportementaux sont pris en compte, semblent être une piste dans laquelle les cliniciens, qui prennent en soin des personnes à teinte dépressive et

suicidaire, peuvent s'aventurer. Ainsi, les individus en souffrance pourraient développer des stratégies et des techniques pour les aider à atteindre leurs objectifs.

Article 2

Grøholt, B., Ekeberg, Ø., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (2005). Suicidal and Nonsuicidal Adolescents: Different Factors Contribute to Self-Esteem. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 525-535.

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation de l'étude

- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée en Norvège dans deux lieux différents par rapport aux deux populations étudiées. Le premier au sein d'un hôpital se trouvant dans une zone urbaine avec approximativement 900'000 habitants. Le deuxième dans une région norvégienne.

- Les objectifs pratiques :

Investiguer les différences dans les associations entre les facteurs de risques chez des adolescents suicidaires et non-suicidaires, en se focalisant sur l'estime de soi.

L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les auteurs ont pris plusieurs facteurs influençant l'estime de soi, tels que la solitude, la dépression, les comportements perturbateurs, la stabilité du concept de soi, la perception de ses propres compétences et la recherche de soutien auprès des personnes importantes. Cette étude, examine comment ces derniers facteurs pris ensembles sont associés à l'estime de soi auprès de deux échantillons différents, les adolescents suicidaires et les adolescents non suicidaires. Les buts étant de :

- Tester l'hypothèse que les adolescents suicidaires ont une plus faible estime d'eux-mêmes et un concept d'eux-mêmes plus instable, que les adolescents non suicidaires.
- Explorer si l'estime de soi et les facteurs l'influencent différent chez les adolescent suicidaires dépressifs et non dépressifs.
- Investiguer si les mêmes facteurs influençant l'estime de soi sont associés avec le niveau d'estime de soi chez les adolescents suicidaires et non suicidaires.

- Question de recherche :

Il n'y a pas de question de recherche.

- Hypothèse de travail :

Deux hypothèses sont posées à la page 527 :

- Les adolescents suicidaires possèdent une faible et instable estime d'eux-mêmes et la majorité de leur estime de soi est orientée davantage vers leurs pairs que leurs parents (en comparaison aux adolescents non suicidaires).
- Les adolescents suicidaires se sentent moins compétents que les adolescents non suicidaires.
- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs ne s'appuient pas sur un cadre théorique dans leur recherche.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

L'estime de soi, facteurs de l'estime de soi, adolescents suicidaires et non suicidaires,

Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :
 - Les auteurs ont utilisé la GSW (global self-worth), qui est l'une des sept échelles de la version révisée de Harter's Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA), afin de mesurer l'estime de soi. L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (RSE) a également été utilisée afin de mesurer l'estime de soi (l'accord entre la GSW et la RSE possède un kappa de 0,80 = accord fort).
 - Les six autres items de la SPPA ont été pris en compte (Compétence scolaire, acceptation sociale, compétence athlétique, apparence physique, amitié intime, attrait pour les relations amoureuses).
 - La self-concept stability (SCS) a été utilisée pour mesurer la stabilité du concept de soi.
 - Le support parental et des pairs a été mesuré grâce à une échelle élaborée d'après Meuus et Buhrmester. Cette échelle demande si l'adolescent se tourne vers ses parents dans trois circonstances différentes. De la même sorte, l'échelle est utilisée par rapport aux pairs.
 - La solitude a été mesurée à travers la courte version de la UCLA (University of California, Los Angeles) loneliness scale.
 - Parmi les adolescents suicidaires, les symptômes dépressifs ont été mesurés en utilisant la Beck Depression Inventory (BDI). Chez les adolescents non-suicidaires, la Depressive Mood Inventory (DMI) a été utilisée.
 - Les comportements perturbateurs ont été évalués au travers du questionnaire développé par Wichstrom, qui est basé sur l'échelle du comportement antisocial de Olweus et une étude américaine.

Chez les adolescents suicidaires, lorsqu'ils étaient admis à l'hôpital à la suite d'une tentative, un entretien était organisé dans la semaine de l'admission (dans la plupart des cas, dans les 24 heures). Ensuite, un à cinq entretiens étaient mis en place afin de récolter toutes les informations nécessaires.

- Population de l'étude :

Cette étude a est composée de deux échantillons. L'un avec 65 adolescents hospitalisés après une tentative de suicide, l'autre avec 390 adolescents non suicidaires de la même communauté.

- Chez les adolescents suicidaires :
 - Âgés entre 13 et 19 ans et hospitalisé entre juin 1993 et décembre 1994.
 - 91 adolescents ont été hospitalisés mais, après une période pilote, 65 (71%) de ses adolescents ont accompli la totalité des questionnaires. L'âge moyen est de 17 ans et 90% étaient des filles.
- Chez les adolescents non suicidaires :
 - En 1994 une enquête censée représenté la population norvégienne avait été conduite (N = 8573). Un groupe de 1595 adolescents a été sélectionné car ils vivaient dans la région de la recherche. Les chercheurs ont aléatoirement sélectionné six adolescents pour chaque adolescent suicidaire (N=390 = 65*6) en prenant en compte le sexe et l'âge.
- Type de devise :
 - Il s'agit d'une étude quantitative de type transversale où les chercheurs analysent les données résultantes des questionnaires/échelles. Les deux groupent ont été comparés en utilisant le Student's t teste pour les variables continues and le Fisher pour les variables catégoriques.
 - La GSW a été considérée comme la variable dépendante.
 - Toutes les analyses ont été réalisées avec SPSS pour Windows.

Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche
 - Les valeurs pour tous les aspects de la SPPA et la SCS ont été significativement plus faibles chez les adolescents suicidaires que les adolescents non suicidaires, avec la plus grande différence pour la GSW.
 - Les adolescents suicidaires ont tendance à moins chercher de soutien auprès des parents et des pairs, tout en ayant plus de sentiment de solitude, plus d'affects dépressifs et de comportements perturbateurs.

- La stabilité du concept de soi, le soutien des parents et la solitude sont significativement corrélés avec la GSW chez les adolescents non suicidaires, mais pas chez les adolescents suicidaires.
- L'impact du support des parents et des pairs se trouve être opposé chez les échantillons. Pour les adolescents suicidaires, le soutien des pairs était positivement corrélé avec le GSW, tandis que le support parental ne corrélait pas. Pour les adolescent non suicidaires, le support parental était positivement corrélé avec le GSW alors que le support des pairs ne l'était pas.
- Les adolescents suicidaires avaient moins d'estime de soi dans tous les domaines et ils demandaient rarement un soutien aux autres.
- Chez les adolescents suicidaires, ceux qui se sentaient déprimés avaient un SCS plus élevé que les non dépressifs, alors que c'est le contraire chez les adolescents non suicidaires.
- La solitude était associée à une plus grande estime de soi chez les adolescents suicidaires. C'est le contraire pour les adolescents non suicidaires.
- Les adolescents non suicidaires avaient une plus haute stabilité du concept de soi et étaient corrélés avec une haute estime de soi et un faible degré de dépression et de solitude.
- Conclusions générales :

L'hypothèse que les adolescents suicidaires ont une faible estime de soi, une évaluation négative de leurs compétences et un concept de soi instable, a été confirmée. Cette étude conclue à la page 534 qu'il existe plusieurs « types » d'adolescents suicidaires, qui ont des besoins différents. Les objectifs des interventions (augmenter l'estime de soi chez les adolescents suicidaires) doivent prendre en considération la dépression, la stabilité du concept de soi et la solitude. Il est également important de savoir que la solitude peut être un signe de bon pronostique, car le désir de ne pas avoir de contact peut représenter une motivation de changement.

- Particularité ou originalité de l'étude

Cette étude est originale car elle remet en question les notions de dépressions et de solitude. La dépression n'est pas forcément présente chez les adolescentes suicidaires. La solitude, souvent perçue comme négative, peut finalement être un signe positif chez les adolescents suicidaires.

Ethique

« Les traitements de la dépression devraient être une cible dans les interventions, mais il faudrait également se focaliser sur l'estime de soi » (p.534).

Démarche interprétative

Apport de l'article

- Cet article permet de se rendre compte que l'estime de soi n'est pas à considérer seule. En effet, elle est influencée non seulement par de nombreux facteurs, mais aussi selon la population (adolescent suicidaire et non suicidaire). Il est donc intéressant de pouvoir comparer deux populations qui se côtoient constamment, qui se ressemblent fortement, mais dont les souffrances diffèrent et les individualités prônent.
- L'estime de soi a été mesurée avec deux échelles différentes, qui montrent une forte corrélation et valident leurs mesures.
- Il est très intéressant de savoir que les adolescents non suicidaires ont été sélectionnés afin de correspondre aux adolescents suicidaires selon leur âge et sexe.
- Il est très pertinent de regarder les associations et les liens entre différents facteurs.

Limites

- Les symptômes dépressifs n'ont pas été mesurés avec la même échelle chez les deux échantillons.
- Les adolescents suicidaires ont eu des entretiens brièvement après leur tentative. Cela peut être une limite car leurs émotions et sentiments ont sûrement été influencés à ce moment. De ce fait, les différences entre les deux échantillons peuvent possiblement être exagérées. Mais ce que ressentent les adolescents suicidaires à ce moment doit être pris au sérieux.
- Du fait que cette étude soit transversale, les causes des facteurs ne sont pas prises en considération.
- Cette étude date de 2005, ce qui est ancien. De plus, les échantillons datent de 1993 et 1994. Ce qui est difficilement transposable à aujourd'hui.
- Nous ne savons pas concrètement comment les adolescents suicidaires ont rempli les différents questionnaires.
- Cette étude a été réalisée en Norvège, dans un lieu précis et décidée par les chercheurs.

Pistes de réflexion

Les auteurs proposent une investigation plus approfondie concernant une possible étude longitudinale en prenant en compte les causes des différents facteurs.

Une étude de ce genre pourrait être reproduite aujourd'hui.

Il est très intéressant de savoir que les adolescents suicidaires cherchent rarement du soutien. Comment pouvoir donc repérer une faible estime de soi et donc un risque suicidaire ? Est-ce en repérant des facteurs tels que la solitude (même si elle peut se montrer positive) ou des comportements perturbateurs ? Est-il faisable de réaliser un GSW ou RSE à grande échelle et donc pouvoir sélectionner certains adolescents à risque ?

Article 3

Sharaf, A. Y., Thompson, E. A., & Walsh, E. (2009). Protective Effects of Self-Esteem and Family Support on Suicide Risk Behaviors among At-Risk Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160-168.

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation de l'étude

- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée auprès d'adolescents sélectionnés dans 15 écoles secondaires. Dix écoles étaient situées dans une zone métropolitaine du Nord-Ouest du Pacifique, les 5 autres étaient situées dans la partie Nord du Nouveau-Mexique.

- Les objectifs pratiques :

Cette étude cherche à démontrer une potentielle interaction entre l'estime de soi et le soutien familial dans leur rôle protecteur du risque suicidaire chez les adolescents.

L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les chercheurs ont examiné l'interaction entre l'estime de soi et le soutien familial et son rôle dans la réduction du risque suicidaire, au sein d'une population d'adolescents rencontrant des problèmes dans leur situation scolaire.

- Question de recherche :

Il n'y a pas de question de recherche.

- Hypothèse de travail :

- Les chercheurs ont émis l'hypothèse suivante : Un haut soutien familial comparé à un bas soutien familial est supposé être une puissante ressource pour potentialiser l'effet protecteur de l'estime de soi par rapport au risque suicidaire.

- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs ne s'appuient pas sur un cadre théorique dans leur recherche.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les principaux concepts sont l'estime de soi et le soutien familial.

Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

Les auteurs ont utilisé deux questionnaires pour évaluer le risque suicidaire : Le High School Questionnaire (HSQ) et le Measure of Adolescent Potential for Suicide (MAPS). L'estime de soi a été évaluée grâce à l'échelle the Rosenberg Self-esteem Scale (RSC). Le soutien familial a été évalué en utilisant une échelle permettant aux participants d'évaluer le soutien familial perçu, l'échelle, sur 21 points, classe de -10 (non soutenant) à 0 (neutre) à +10 (soutenant). Le soutien des pairs (amis, camarades de classe) a été inclus comme covariable et évalué sur la même échelle que la famille. Enfin les variables démographiques et académiques ont été utilisées comme des variables descriptives et de contrôles. Ont été inclus : l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la situation de vie, la formation des parents, le statut financier des parents tel que perçu par l'adolescent, les notes, le nombre de changement d'écoles, les problèmes scolaires liés aux notes, la présence en cours et la probabilité d'abandon scolaire.

- Population de l'étude :

L'échantillon de l'étude était constitué de 849 jeunes de 14 à 21 ans à risques d'abandon scolaire, scolarisés dans 15 établissements différents aux Etats-Unis. L'échantillon comptait 54,3% de participants de sexe masculin. L'échantillon était diversifié sur un plan ethnique.

- Type de devise :

Il s'agit d'une étude quantitative de type transversale où les chercheurs analysent les données résultantes des questionnaires/échelles.

Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :
 - 37% des participants ont été identifiés comme étant à risque de suicide.
 - Les adolescentes de sexe féminin ont significativement plus de comportements à risque suicidaire que ceux de sexe masculin.

- Une corrélation entre les nombreux changements d'écoles, les difficultés scolaires et le risque suicidaire a été soulignée.
- L'estime de soi, le support familial et le support par les pairs ont une influence bénéfique sur la baisse du risque suicidaire.
- Les adolescents avec un soutien familial important ont des niveaux plus élevés d'estime de soi que ceux avec un faible soutien familial.
- L'hypothèse formulée en début d'étude a été contredite car les résultats démontrent que l'effet protecteur, par rapport au risque suicidaire, de l'estime de soi est plus important dans les situations où l'adolescent reçoit peu de soutien familial.
- Conclusions générales :

L'estime de soi permet de diminuer le risque suicidaire chez les adolescents présentant un faible comme un fort soutien familial. Les interventions visant à renforcer à la fois l'estime de soi et les ressources de soutien sont appropriées pour prévenir le risque suicidaire. Il apparaît que l'effet protecteur de l'estime de soi sur le risque suicidaire est plus fort pour les adolescents présentant un faible soutien familial. Les interventions visant à renforcer l'estime de soi d'une telle population sont donc d'autant plus pertinentes.

- Particularités de l'étude :

La principale particularité de cette étude réside dans la contradiction de l'hypothèse initiale. Une autre particularité est la manière dont les auteurs perçoivent le rôle des facteurs protecteurs. En effet, ils considèrent les facteurs protecteurs et les facteurs de risque comme étant sur une balance. Ainsi des facteurs de risque suicidaire peuvent être contrés non seulement par leur suppression, mais également, si cette dernière est impossible, par l'ajout de facteurs protecteurs qui vont contre balancer les facteurs de risque. Par exemple, chez un individu ayant vécu une situation le mettant à risque suicidaire, on ne pourra effacer l'évènement mettant la personne à risque, mais on pourra le compenser avec un travail autour du renforcement de son estime de soi.

Ethique

« Pourquoi l'impact de l'estime de soi serait-il plus bénéfique pour les adolescents avec un faible soutien familial ? » (p.166).

Démarche interprétative

Apports de l'article :

Cet article nous permet d'appuyer la pertinence d'un travail visant à améliorer l'estime de soi en vue de prévenir les idéations et les tentatives de suicide chez les adolescents. En effet il nous permet d'appuyer le fait que, quelles que soient les raisons qui peuvent pousser un adolescent à vouloir se tuer, renforcer l'estime de soi est une ressource pertinente sur laquelle s'appuyer pour éviter un passage à l'acte. L'article souligne également le rôle de l'entourage dans ce contexte. Pour autant, l'estime de soi y est décrite comme une ressource d'autant plus puissante pour les jeunes rencontrant un faible soutien familial, ce qui renforce d'autant plus l'intérêt de travailler à la maintenir ou à la renforcer.

Limites :

Les auteurs de l'article critiquent eux-mêmes ses limites au sein même de ce dernier. La première limite est que cette étude est transversale, ainsi il n'a pas été possible d'évaluer les changements dans les variables au cours du temps. La seconde limite est le fait d'avoir restreint l'échantillon à des adolescents à risque d'abandon scolaire. Cette notion peut remettre en question le potentiel de généralisation à d'autres populations. La dernière limite est que cette étude ne prend pas en compte les interactions potentielles avec d'autres facteurs de protection interne et externe.

Pistes de réflexion :

Les résultats de l'étude ont souligné le besoin de développer un modèle complet auquel serait intégré les différents facteurs modifiables de protection contre les comportements à risque suicidaire. Les découvertes de cette étude suggèrent de nouvelles pistes dans le développement de stratégies de prévention et d'intervention auprès des jeunes à risque suicidaire. Les auteurs disent eux-mêmes qu'il y a peu d'études qui, comme celle-ci, examinent l'interaction entre les facteurs protecteurs du suicide. Plus d'études longitudinales doivent être réalisées afin de mesurer la direction et la force des effets ainsi que l'impact de la cumulation d'autres modérateurs non pris en compte dans cette étude (p.ex. les antécédents familiaux de suicide). Dans les études futures, la stabilité de la mesure des variables à travers le temps devra également être mesurée.

Article 4

Öztürk, S., & Ekinci, M. (s. d.). The effect of structured education on self-esteem and the suicide probability of male adolescents living in orphanages | Elsevier Enhanced Reader.

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation de l'étude

- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée auprès d'adolescents de sexe masculin vivant au sein d'un même orphelinat en Turquie.

- Les objectifs pratiques :

Cette étude cherche à observer l'efficacité d'une éducation structurée visant à améliorer l'estime de soi et l'espoir ainsi qu'à faire baisser la probabilité de suicide chez des adolescents vivant en orphelinat.

L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les chercheurs ont évalué l'efficacité de 16 entretiens de groupes basés sur la thérapie cognitivo-comportementale, visant à renforcer l'estime de soi et à faire baisser le risque suicidaire d'adolescent vivant en orphelinat.

- Question de recherche :

Il n'y a pas de question de recherche.

- Hypothèse de travail :

Les chercheurs pensent que les interventions vont avoir un aspect positif sur l'estime de soi des participants et diminuer leur risque suicidaire.

- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs ne s'appuient pas sur un cadre théorique dans leur recherche.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les principaux concepts sont l'estime de soi, l'espoir, le risque suicidaire et la thérapie cognitivo-comportementale.

Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

30 adolescents ont accepté de participer à l'étude. Les chercheurs leur ont fait passer deux questionnaires d'évaluation avant le début des interventions (prétest). La Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) a été utilisée pour évaluer l'estime de soi, cette échelle a été simplifiée à ses 10 premiers items, tous évaluables sur une échelle de Likert de 4 points. Entre 0 et 1 l'estime de soi est jugée haute, entre 2 et 4 elle est modérée et entre 5 et 6 elle est basse. La seconde échelle utilisée est la Suicide Probability Scale (SPS), elle a pour but d'évaluer le risque suicidaire. C'est une échelle auto-évaluative de 36 items, chaque item est à évaluer sur une échelle de Likert de 4 points. Plus le score est élevé plus le risque suicidaire est important. Ces deux échelles ont permis d'analyser 4 items principaux : la probabilité totale de suicide, la vision négative de soi et l'épuisement, le désintérêt pour la vie et la colère.

Les chercheurs ont ensuite conduit leurs interventions de terrains, à savoir 16 entretiens de groupe basés sur la thérapie cognitivo-comportementale visant à améliorer l'estime de soi et l'espoir des participants. Les entretiens eurent lieu deux fois par semaine pendant huit semaines. A l'issue du dernier entretien les chercheurs firent passer les mêmes questionnaires (RSES et SPS) (Posttest). Les chercheurs n'eurent ensuite plus aucune interaction avec les participants pendant six semaines. A la suite de cela, ils refirent passer les deux mêmes questionnaires, afin de déterminer la permanence des changements induits par leur intervention. Tous les résultats ont été analysés avec le programme SPSS. Les analyses avancées ont été réalisées avec le test de Bonferroni.

- Population de l'étude :

L'échantillon de l'étude était constitué de 30 adolescents de sexe masculins, vivant en orphelinat, volontaires à l'étude et parlant couramment le turc (langue des chercheurs). Tous ont été inclus à l'étude car habitant dans la même institution, ils auraient pu partager le contenu des entretiens et ainsi influencer un éventuel groupe de contrôle. Aucun groupe de contrôle n'a donc été utilisé pour cette étude.

- Type de devise :

Il s'agit d'une étude quantitative de type longitudinale où les chercheurs analysent les données résultantes des questionnaires/échelles.

Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :
 - Une baisse de la perception négative de soi et de l'épuisement a été statistiquement significative entre la première et la seconde mesure. Pour cet item,

pas de différence statistique n'a été soulignée entre la seconde et la troisième mesure.

- Une baisse du désintérêt pour la vie, de la colère et de la probabilité de suicide a été statistiquement significative entre la première et la deuxième mesure ainsi qu'entre la deuxième et la troisième.
- Conclusions générales :

Cette étude permet de critiquer la pertinence d'un programme d'éducation structurée agissant sur l'estime de soi et la probabilité de suicide d'adolescents chez les adolescents vivant en orphelinat. Les résultats de l'étude démontrent une augmentation du score à la RSES ainsi qu'une baisse du score de SRS suite à la mise en place des entretiens de groupe. Il a également été observé que les améliorations apportées perdurent après la fin du programme. Le programme est donc efficace pour améliorer l'estime de soi et diminuer le risque suicidaire des participants.

- Particularités de l'étude :

La particularité de cette étude réside dans la population choisie (adolescents vivant loin de leur famille et en communauté), ainsi que dans l'importance des interventions auprès de cette population.

Ethique

« Les infirmiers en santé mentale sont des membres importants des équipes travaillant à améliorer la santé psychologique des adolescents. [...] Ils jouent un rôle dans les programmes éducationnels des institutions telles que les écoles, les orphelinats et les prisons [...]. Leurs fonctions sont essentielles pour déterminer les besoins psychosociaux des adolescents et ainsi maintenir leur santé psychique. » (p.608).

Démarche interprétative

Apports de l'article :

Cet article nous permet d'appuyer la pertinence d'un travail visant à améliorer l'estime de soi en vue de prévenir les idéations et les tentatives de suicide chez les adolescents. Il donne également des pistes intéressantes en soulignant l'efficacité des approches cognitivo-comportementales et de groupes quand il s'agit de prendre en soin cette problématique de santé publique.

Limites :

Les auteurs soulignent eux-mêmes les limites de leur article. La première est l'absence d'un groupe de contrôle de par la conduite de l'étude au sein d'une seule institution. La seconde est que tous les participants à l'étude étaient de sexe masculin. La dernière limite évoquée par les auteurs est l'absence d'un suivi de la persistance des effets bénéfiques de l'intervention sur le long terme. Nous ajouterons à ces limites le fait que l'échantillon observé était exclusivement constitué d'adolescent vivant en institution. Cela limite sa généralisation à une population d'adolescent vivant et interagissant quotidiennement avec leur famille. Cependant, les adolescents orphelins étant considérés comme plus à risque de suicide que ceux vivant avec leurs parents, nous pourrions émettre l'hypothèse que les bénéfices apportés par l'intervention seraient équivalents ou supérieurs chez une population ne présentant pas ce facteur de risque.

Pistes de réflexion :

Selon les auteurs, la pertinence d'un tel programme éducationnel doit encore être appuyée au travers d'études qualitatives. D'autres études doivent également être conduites sur des échantillons plus larges, plus variés et comprenant un groupe de contrôle afin de mieux analyser les résultats des interventions et de pouvoir les généraliser à une plus grande population.

Article 5

Fiorilli, C., Grimaldi Capitello, T., Barni, D., Buonomo, I., & Gentile, S. (2019). Predicting Adolescent Depression: The Interrelated Roles of Self-Esteem and Interpersonal Stressors. *Frontiers in Psychology, 10*.

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation de l'étude

- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée au sein de trois écoles localisées à Rome, en Italie.

- Les objectifs pratiques :

Cette étude veut analyser le rôle de l'estime de soi et des sources de stress interpersonnel, dans la prédiction de manifestation dépressive chez les adolescents.

L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les chercheurs ont analysé l'importance de l'estime de soi et des sources de stress interpersonnel dans la prédiction de différentes manifestations dépressives chez l'adolescent. Les rôles spécifiques de ces variables pourraient aider à identifier les facteurs protecteurs afin d'accompagner les praticiens et les éducateurs, dans leurs missions.

- Questions de recherche :
 - A quel point l'estime de soi et le stress interpersonnel expliquent les symptômes dépressifs des adolescents ?
 - Quelles sources de l'estime de soi et de stress interpersonnels sont les indicateurs les plus importants de symptômes dépressifs chez les adolescents ?
- Hypothèse de travail :

Les auteurs n'ont pas décrit d'hypothèses.

- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs ne s'appuient pas sur un cadre théorique dans leur recherche.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les principaux concepts sont l'estime de soi, la dépression et les sources de stress interpersonnel.

Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

Pour la dépression, les auteurs se sont servis de la Self-Administred Psychiatric Scales for Children and Adolescents-Depressive Scale (SAFA-D), dont ils ont utilisé 3 items, l'humeur dépressive, le sentiment de faiblesse et le manque de confiance en soi.

Trois sous-échelles de la Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS) ont été utilisées pour mesurer l'estime de soi : Les relations interpersonnelles, le contrôle des événements de la vie et la gestion des émotions négatives.

Les sources de stress interpersonnel ont été mesurées à travers une échelle de Likert à quatre points, en demandant si les parents, les camarades de classe, les enseignants et les amis, étaient une source de problème (1= fortement en accord à 4= fortement en désaccord).

- Population de l'étude :

L'échantillon de l'étude était constitué de 182 étudiants pré-adolescents et adolescents, âgés entre 10-14 ans (M=12,7), composé de 92 filles et 90 garçons, qui n'avaient jamais eu de diagnostic psychologique. Ils ont été recrutés de trois écoles localisées à Rome, en Italie. Les parents et les adolescents ont été informés en avance du but de l'étude. La participation était gratuite et volontaire. Les enfants dont les parents avaient consenti à la participation ont rempli les questionnaires de manières anonymes dans leur classe, pendant les heures de cours.

- Type de devise :

Il s'agit d'une étude quantitative de type transversale où les chercheurs analysent les données résultantes des questionnaires/échelles. Les résultats des questionnaires sont mis en lien afin de voir les associations et corrélations des différents items de cette étude.

Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche
 - Estime de soi = Relations interpersonnelles / Contrôle des événements de la vie / gestion des émotions négatives.
 - Sources de stress interpersonnel = Parents / camarades de classe / enseignants / amis
 - Dépression = Sentiment/humeur dépressif / sentiment de faiblesse / manque de confiance en soi
- Les dimensions de l'estime de soi montrent la plus grande corrélation avec la dépression, alors que les sources de stress la plus faible corrélation.

- L'estime de soi est le prédicteur le plus fort de la dépression chez les adolescents.
- Plus hauts sont les résultats des relations interpersonnelles et la gestion des émotions négatives, plus bas est le risque de se sentir dépressif, faible et en manque de confiance en soi.
- Plus fort est le score de perception de contrôle des événements de la vie, plus bas et le sentiment de faiblesse.
- Avoir des problèmes avec :
 - Les parents, est un facteur de risque pour l'humeur dépressive et le manque de confiance en soi.
 - Les camarades de classe, sont un facteur de risque pour le sentiment de faiblesse et le manque de confiance en soi.
 - Les amis, est un facteur de risque pour l'humeur dépressive et le sentiment de faiblesse.
 - Les enseignants N'AIDE PAS à prédire les dimensions dépressives chez l'adolescent.
- Les filles montrent un plus haut score d'humeur dépressives que les garçons, avec la plus grande différence pour le sentiment de faiblesse.
- La gestion des émotions négatives est le prédicteur le plus important pour les trois items de la dépression (en 2^{ème}, les relations interpersonnelles).
- Particularité ou originalité de l'étude

Cette étude est originale car elle divise les thèmes principaux différentes variables. Cela permet de détailler l'estime de soi, les sources de stress interpersonnel et la dépression.

Ethique

- Les chercheurs disent avoir réalisés leur étude en accord avec les standards éthiques nationaux et institutionnels en lien avec les expérimentations humaines. De plus, tous les participants ont signé leur consentement en accord avec la déclaration de Helsinki.
- Que veut dire une estime de soi basse ? N'est-ce pas plus complexe que ça ?

Démarche interprétative

Apport de l'article

Tout comme la dépression, l'estime de soi est influencée par différentes variables (ici elle est analysée en trois sous-thèmes). Il est intéressant de voir l'influence entre les variables de l'estime de soi et celles de la dépression. En outre, les facteurs de stress,

perçus sous quatre angles, sont pris en compte dans cette étude. De nombreux liens sont donc établis : Entre l'estime de soi et les facteurs de stress interpersonnel, l'estime de soi et la dépression ainsi que le stress et la dépression.

Détailler les rôles spécifiques de toutes ces variables, pourrait aider à identifier les facteurs de risques et les facteurs protecteurs de dépression chez les adolescents, ce qui pourrait s'avérer utile aux infirmiers.

- Cet article est très récent (Mars 2019).
- Les deux sexes sont équitablement représentés.
- L'étude est réalisée sur trois sites différents, ce qui permet une généralisation partielle.
- La recherche est en accord avec la déclaration d'Helsinki.

Limites

- Cet article n'aborde pas le thème du suicide chez les adolescents.
- La population étudiée est plutôt jeune (entre 10 et 14 ans, moyenne de 12,4).
- L'âge de certains leur permettaient-ils de comprendre concrètement ce que signifient les différents sujets ?
- Le contexte de réponse aux questionnaires est vague. Ils ont été réalisés pendant les heures de classes ? Et les élèves qui n'ont pas consenti à l'étude ? L'environnement était-il propice pour aborder un tel sujet ?
- La dépression et l'estime de soi peuvent-elles être divisées en uniquement trois variables chacune ?
- Cette étude transversale n'étudie pas toutes les variables, du fait qu'il n'y ait pas de notion temporelle.

Piste de réflexion

Les autres estiment que plusieurs questions émergent de leur étude.

- Les résultats scolaires pourraient non seulement soutenir l'adaptation de l'adolescent au sein de l'école, mais également montrer l'impact que cela a sur la réputation de l'adolescent au sein de sa famille.
- De multiples dimensions devraient être considérées avec une attention spéciale sur les sources de stress.

Cette étude montre que la relation avec les enseignants n'explique pas la dimension dépressive chez l'adolescent. Ce résultat mérite d'être plus approfondi, car nous

estimons que chaque acteur en lien avec l'adolescent a un rôle important pour son développement.

Article 6

Surgenor, P. W. G. (2015). Promoting recovery from suicidal ideation through the development of protective factors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(3), 207-216.

Démarche descriptive

Le contexte de réalisation de l'étude

- Lieu de l'étude :

Cette étude a été réalisée dans une institution qui accueille et prend en soin des personnes présentant des idéations suicidaires, dans la ville de Dublin en Irlande.

- Les objectifs pratiques :

Cette étude examine le rétablissement après un épisode d'idéation suicidaire, dans les 6 mois suivant une intervention thérapeutique basée sur les facteurs de protection.

L'objet de l'article et le cadre théorique

- Objet de la recherche :

Les chercheurs ont évalué l'estime de soi et les idéations suicidaires des participants avant qu'ils ne débutent la thérapie. La même évaluation a été répétée un mois, trois mois et six mois, après la fin de la thérapie.

- Question de recherche :

Il n'y a pas de question de recherche.

- Hypothèse de travail :

Les chercheurs pensent que les interventions vont avoir un aspect positif sur l'estime de soi des participants et améliorer leur perception positive de la vie.

- Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs ne s'appuient pas sur un cadre théorique dans leur recherche.

- Principaux concepts et/ou notions utilisés :

Les principaux concepts sont l'estime de soi, l'espoir, le rétablissement, les facteurs de risques, les facteurs protecteurs, les idées suicidaires positives et négatives (Les idées suicidaires positives sont associées à la volonté de vivre et de surmonter la crise suicidaire, elles indiquent la présence de facteurs protecteurs. Les idées suicidaires négatives, sont associée à l'envie de se tuer.)

Méthodologie de la recherche

- Outils pour la récolte de données :

Trois cent septante six patients ont accepté de remplir le questionnaire d'évaluation avant le début de leur thérapie (prétest). Ce questionnaire évaluait quatre données : la dépression, les idées suicidaires négatives, l'estime de soi et les idées suicidaires positives. La dépression a été mesurée avec le Patient Health questionnaire (PHQ-9). L'estime de soi a été mesurée avec l'indicateur de Robins, Hendin et Trzesniewski, qui a montré une haute convergence de validité avec l'échelle de Rosenberg. Les idées suicidaires positives et négatives ont été mesurées avec le Positive And Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI). Les participants ont ensuite bénéficié de 15 entretiens avec un psychothérapeute sur une période de 8 à 12 semaines, avec un minimum de 2 entretiens par semaine durant les 3 premières semaines. Les thérapies mises en place étaient personnalisées en fonction des besoins du patient. Le thérapeute et le patient ont collaboré pour identifier les facteurs protecteurs bien établis et les facteurs protecteurs nécessitant un renforcement. Des activités en lien avec un renforcement des facteurs protecteurs ont ensuite été mises en place. Afin d'observer les effets de la thérapie dans son entièreté, tous les participants n'ayant pas suivi la totalité des 15 entretiens furent exclus de l'étude. Les questionnaires d'évaluation furent redistribués un mois après la fin de la thérapie, 147 patients acceptèrent d'y répondre. Cent trente patients ont accepté de répondre au questionnaire à trois mois post thérapie et 107 à six mois. La principale raison expliquant la non-participation de certains patients aux questionnaires de suivi était qu'ils estimaient avoir surmonté la crise suicidaire et ne souhaitaient pas la revisiter au travers du questionnaire. Tous les résultats obtenus furent analysés avec le programme G*Power 3.

- Population de l'étude :

L'échantillon final était composé de 107 patients âgés de 18 à 74 ans venus dans l'institution pour y recevoir de l'aide dans un contexte d'idéation suicidaire. Ils ont tous bénéficié d'une thérapie sur 15 séances. L'échantillon était composé à 49% d'hommes et à 51% de femmes.

- Type de devise :

Il s'agit d'une étude quantitative de type longitudinale où les chercheurs analysent les données résultantes des questionnaires/échelles.

Présentation des résultats

- Principaux résultats de la recherche :

- Les niveaux de dépression et d'idées suicidaires négatives étaient plus bas à un mois, trois mois, et six mois post thérapie que lors du prétest. Ces niveaux ont significativement continué à décliner durant les six mois post thérapie.
- Les niveaux d'estime de soi et d'idées suicidaires positives étaient plus haut à un mois, trois mois et six mois post thérapie que lors du prétest. Ces niveaux ont continué à augmenter durant les six mois suivant la thérapie.
- La plus grande différence de valeur entre le prétest et la mesure des 6 mois fût les idées suicidaires positives. Cela implique que le désir de vivre des patients a augmenté de manière exponentielle et qu'il était très élevé lors de la mesure à 6 mois de la thérapie.

- Conclusions générales :

Cette étude prouve l'efficacité des interventions basées sur les facteurs protecteurs pour prendre en soins les patients présentant des idéations suicidaires. La durabilité temporelle des effets bénéfiques a pu être démontrée statistiquement.

- Particularités de l'étude :

Cette étude est particulière car elle donne accès à un suivi des effets dans une temporalité bien plus importante que les autres consultées pour ce travail.

Ethique

« Utiliser un cadre positif qui promeut la compréhension des forces et des vertus plutôt que d'investiguer les faiblesses et les vulnérabilités, qui met en avant une conceptualisation du rétablissement comme étant un voyage collaboratif vers le bien-être plutôt que de fixer un objectif précis à atteindre, a un grand potentiel dans le contexte des interventions thérapeutique auprès de patients présentant des idées suicidaires. »
(p.212).

Démarche interprétative

Apports de l'article :

Cet article nous permet d'appuyer la pertinence d'un travail basé sur le maintien et l'amélioration des forces et des ressources du patient rencontrant une période d'idéation suicidaire. L'estime de soi y est décrite comme un bon indicateur d'une évolution positive mais également comme un point d'ancrage sur lequel s'appuyer pour renforcer la vision optimiste du patient en regard de son existence. La pertinence de ces interventions est

d'autant plus appuyée par le maintien et même l'augmentation des effets bénéfiques au travers du temps.

Limites :

Les auteurs soulignent eux-mêmes les limites de leur article. Tout d'abord, ils notent le fait que l'échantillon observé s'est amoindri avec le temps. Selon eux, de plus amples recherches sont nécessaires afin d'investiguer si de tels résultats peuvent être répliqués avec un échantillon plus important.

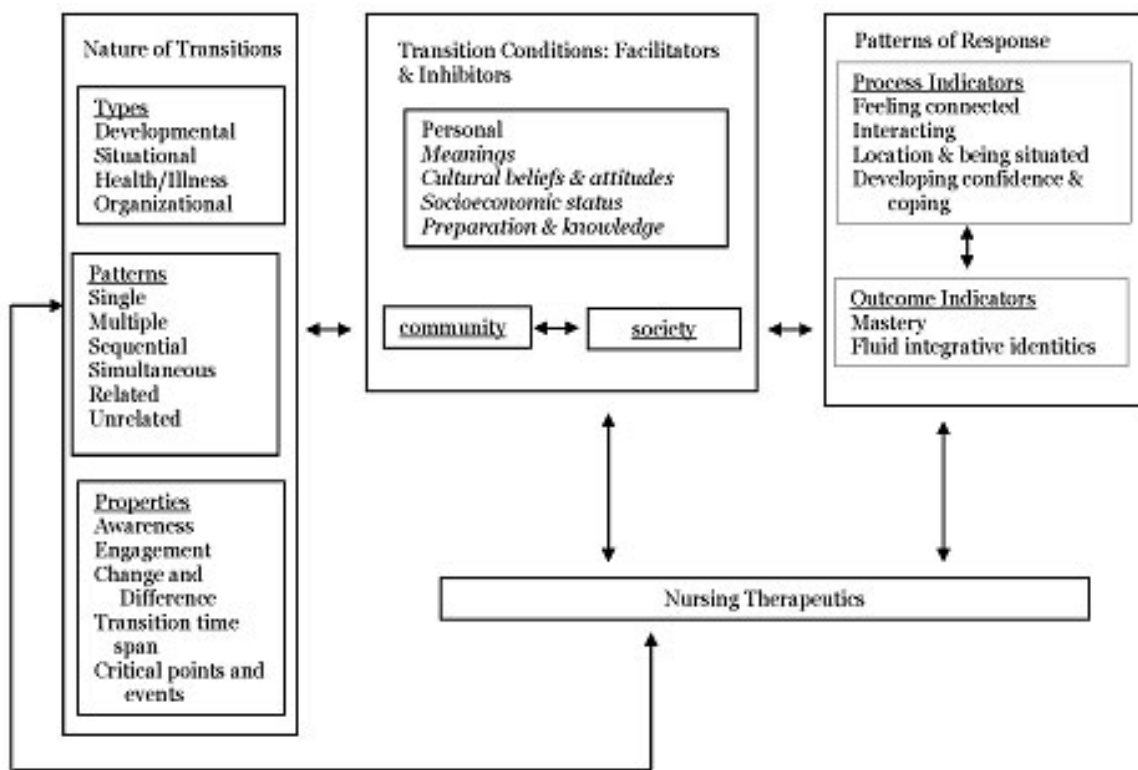
Le fait d'avoir exclu de l'études les patients n'ayant pas terminé leur thérapie de 15 séances est, selon eux, une autre limite. De future études devraient également s'intéresser à l'évolution des idéations suicidaires chez les patients ayant interrompu leur programme thérapeutique.

L'étude n'a employé aucun groupe de contrôle du fait des problèmes éthiques que pourrait poser le fait de ne pas proposer de thérapie à des patient à risque de se suicider.

Pistes de réflexion :

Selon les auteurs, la pertinence d'un tel programme thérapeutique doit encore être appuyée aux travers d'études comprenant un échantillon plus important et des observations allant au-delà des six mois post thérapie.

12.2. Middle-Range Transitions Theory de Meleis (2000)



Tiré de :

<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Articles-Previous-Topics/From-New-Nurse-Practitioner-to-Primary-Care-Provider.html>