

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

NATHALIE VACHON

L'HOSTILITÉ ET LA DÉPRESSION EN RELATION  
AVEC LE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ DES ADOLESCENTS

SEPTEMBRE 1997

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité des études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

## Résumé

Cette étude examine la relation entre l'hostilité, la dépression et le risque suicidaire chez les adolescents, en mettant l'accent sur la place de l'hostilité dans la problématique suicidaire. La population étudiée se compose de 1092 adolescents québécois de niveau secondaire. Les résultats révèlent la présence de corrélations positives significatives entre l'hostilité, la dépression et le risque suicidaire. Le niveau d'hostilité est plus important chez les sujets à risque suicidaire, qu'ils soient ou non dépressifs. Cependant, l'hostilité ne contribue pas à distinguer les sujets à risque suicidaire ayant tenté à leur vie de ceux qui n'ont pas réalisé de tentative de suicide. L'étude de l'hostilité dans la problématique suicidaire est à poursuivre, notamment par le raffinement d'instruments de mesure de l'hostilité pour les adolescents, ainsi qu'au niveau de l'étude des différences entre les sexes.

## Table des matières

Résumé.....	2
Contexte théorique.....	3
Méthode.....	11
Résultats.....	14
Discussion.....	19
Références.....	24
Remerciements.....	36

## Contexte théorique

### Le suicide: Un phénomène social inquiétant

Depuis 1990, le suicide chez l'adolescent s'inscrit comme la première cause de décès non naturel au Québec, dépassant même les accidents de la route (Bureau du coroner, 1995). Les statistiques récentes démontrent que le taux de suicide continue d'augmenter chez les jeunes de 15 à 24 ans, passant de 215 décès en 1993 à 234 en 1994. Chez les adolescents de 15 à 19 ans, 108 cas de suicide ont été déclarés, dont 18 filles pour 90 garçons. Le taux de suicide (par 100 000 habitants) des jeunes québécois de sexe masculin se situe nettement au-dessus de la moyenne canadienne (29.4) contre 22.0), et trouve peu d'équivalent lorsqu'on le compare à ceux d'autres pays industrialisés (D'Amours, 1995). Par contre, le taux beaucoup plus bas de suicide chez les jeunes québécoises (3.5) se compare à celui des autres canadiennes et à celui des jeunes femmes des autres sociétés industrialisées. La prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide est, de surcroît, très élevée. En effet, des études épidémiologiques menées en milieu scolaire dans trois régions différentes du Québec (Pronovost, Côté et Ross, 1990; Simon, 1991; Tousignant, Hamel et Bastien, 1988) rapportent un taux moyen de 14% de jeunes (un adolescent sur sept) qui disent avoir entretenu des idéations suicidaires sérieuses et de 6% qui ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide (1 jeune sur 16).

Ces statistiques incitent à mieux cerner le phénomène du suicide. À cet égard, de nombreuses études ont été consacrées à l'identification des facteurs de risque impliqués dans la problématique du suicide à l'adolescence. Un facteur qui ressort de façon prédominante est la dépression. Bien que dépression et suicide soient fréquemment liés, certains auteurs émettent des réserves quant à la présence de la dépression comme indicateur du risque suicidaire. Reynolds (1987) soutient que plusieurs adolescents suicidaires ne présentent pas de symptômes dépressifs; Toolan (1975) parle d'un déni de la dépression chez plusieurs adolescents suicidaires, alors que ces jeunes ne se reconnaissent pas dépressifs. Chabrol (1984) mentionne que l'identification de la dépression chez l'adolescent suicidaire demeure complexe, dissimulée par des conduites souvent hostiles.

Ainsi, d'autres facteurs doivent être pris en considération dans l'étude du processus suicidaire. L'hostilité fait partie de ces facteurs, tant chez les enfants que chez les adolescents ou les adultes (Chabrol, 1984). Certains auteurs reconnaissent au suicide une fonction agressive (Samy, 1995; Garel, 1994). Cependant, l'étude du lien entre l'hostilité et le suicide chez l'adolescent s'avère peu documentée. Quelques recherches, qui seront présentées dans les pages qui suivent, relèvent une association entre l'hostilité et la dépression dans le suicide; mais peu d'entre elles ont été menées auprès d'adolescents. La présente étude explore les relations entre l'hostilité, la dépression et le risque suicidaire chez l'adolescent; elle vise à apporter une contribution originale en se centrant plus spécifiquement sur la relation entre l'hostilité et le suicide.

### Hostilité, dépression et suicide

La présence d'affects dépressifs chez les jeunes est maintes fois rapportée comme étant un indice important d'un vécu suicidaire (Anderson, 1981; Appleby, 1992; Côté, Pronovost et Larochelle, 1993; Eggert, Thomson et Herting, 1994; Grossman, Beinashowitz, Anderson, Sakurai, Finnin et Flaherty, 1992; Ladame, 1981; Marks et Haller, 1977; Plutchik, Botsis et Van Praag, 1995; Rubenstein, Heeren, Housman, Rubin et Stechler, 1989). Selon Cassoria (1979), la dépression constitue la première étape du comportement suicidaire à l'adolescence, précédant l'apparition des idées et des actes suicidaires. Withers et Kaplan (1987) observent que la dépression constitue le trait de personnalité qui prédomine le plus chez les adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide. De même, Robins et Alessi (1985) constatent que les idéations et les comportements suicidaires sont associés à l'humeur dépressive, ainsi qu'au diagnostic de dépression majeure chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Les résultats d'une étude de Pronovost et al. (1990), menée dans une population générale d'adolescents, démontrent qu'un état dépressif prédomine chez les adolescents suicidaires lorsqu'ils sont comparés aux non suicidaires, et que cet état augmente en fonction de la gravité du risque suicidaire.

Pour Ladame (1981), la relation entre la dépression et le suicide prend un caractère particulier à l'adolescence. À cette période, l'adolescent vit des changements profonds dans tous les secteurs de son fonctionnement. Afin d'atteindre une identité qui lui est propre, d'accéder à une plus grande indépendance ainsi qu'à une meilleure

autonomie, il doit remodeler son monde intérieur et ses relations avec son entourage. Ces modifications et ces pertes génèrent inévitablement des conflits, de la souffrance et de la dépression. Alors que l'adolescent normal perçoit des bienfaits à ces pertes, il en va autrement pour l'adolescent à risque suicidaire. Ce dernier éprouve des difficultés à affronter les différentes pertes ou deuils, ce qui engendre un état dépressif continu plutôt qu'intermittent.

Beck et ses collaborateurs proposent une vision cognitiviste de la dépression et du suicide (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1980). Selon eux, la dépression et le suicide découlent d'une même organisation cognitive où le sujet développe une perception négative et erronée de lui-même, du monde extérieur et du futur. Cette organisation cognitive crée une vision négative par laquelle la personne suicidaire s'imagine rejetée et sans attrait; elle minimise ses réussites et se rend exagérément responsable de ses échecs. Dans cette perspective, elle perçoit le suicide comme la solution ultime à ses difficultés.

L'association entre l'hostilité et le suicide est explorée depuis longtemps et a donné lieu à des modèles explicatifs différents. Dès les années 1920, l'approche psychanalytique offre un modèle explicatif commun à la dépression et au suicide. Freud (1924) soutient que l'hostilité est la source de la dépression et du suicide. Il émet l'hypothèse que la dépression se développe suite à une perte dont le deuil n'est pas résolu. Dans la même lignée, Abraham (1977) conçoit que la dépression prend sa source dans les pulsions agressives internalisées, relevant de l'ambivalence face à l'objet. Cette agressivité engendre des sentiments de culpabilité et d'auto-dévalorisation. Elle est non

seulement dirigée vers l'individu lui-même, mais peut aussi viser l'atteinte d'autrui en cherchant à l'humilier et à le dévaloriser (Blackburn, Lyketsos et Tsiantis, 1979; Samy, 1989; Shneidman, 1981). Rosenzweig (1934) a introduit les termes *extrapunition* (traduction libre) et *intrapunition* (traduction libre) pour décrire l'hostilité tournée vers autrui et l'hostilité tournée vers soi. Dans la même perspective, Menninger (1938) élabore un construit théorique qui vise à expliquer l'association entre l'hostilité et le suicide. Il conçoit que l'hostilité, dans le suicide, implique trois éléments internes et interactifs, soit le désir de tuer, celui d'être tué ou encore, le désir de mourir. Toujours selon Menninger, l'agressivité de l'adolescent est dirigée plus particulièrement vers les parents et traduit l'absence de résolution des conflits infantiles. L'hostilité resurgit lors des activités sexuelles, où les fantasmes incestueux réapparaissent et réactivent le conflit oedipien. La tentative de suicide vise ainsi la destruction du corps perçu comme la source des conflits qui s'éveillent. Plus récemment, Corraze (1976) présente le suicide comme un déplacement vers soi de l'hostilité adressée à autrui. C'est la rupture des liens sociaux qui fait ressurgir l'hostilité. La fonction de l'hostilité consiste alors à recréer la sécurité antérieure par la restauration des liens sociaux, mais son usage abusif peut toutefois conduire au rejet de l'entourage. L'acte suicidaire vise alors à éviter le rejet et reporte l'hostilité sur le corps propre.

### Compte rendu d'études

Déjà en 1952, Despert rapporte que les enfants suicidaires manifestent beaucoup d'impulsivité et de colère. Dans une étude comparative, Weissman, Fox et Klerman

(1973) constatent que l'hostilité est une caractéristique qui prévaut chez les individus suicidaires. Pfeffer, Plutchik et Mizruchi (1983) relèvent cette même constatation auprès d'enfants suicidaires, qui se caractérisent par des manifestations de rage et d'agressions physiques importantes. Cependant, la grande majorité des recherches traitant de l'hostilité chez les suicidaires ont été effectuées auprès d'adultes et se centrent sur le lien entre l'hostilité et la tentative de suicide. Elles concordent à démontrer que la tentative de suicide est associée à un plus haut niveau d'hostilité pour un même niveau de dépression présent chez les sujets.

Angst et Clayton (1986) ainsi que Philip (1970), ont mené des études auprès de sujets militaires masculins. Leurs résultats révèlent que les militaires dépressifs, ayant réalisé une tentative de suicide et se retrouvant en psychiatrie, se distinguent des sujets n'ayant pas attenté à leur vie par un niveau d'agressivité qui tend à être plus élevé que les autres sujets hospitalisés en psychiatrie. Maiuro, O'Sullivan, Michael et Vitaliano (1989) ont comparé deux groupes de sujets constitués, pour l'un, d'hommes hospitalisés en psychiatrie suite à un assaut et pour le second, d'hommes hospitalisés en psychiatrie suite à une tentative de suicide. Ces auteurs observent que la tentative de suicide, tout comme le comportement d'assaut, est associée à la prépondérance des manifestations dépressives et hostiles; l'hostilité est orientée vers soi chez les sujets qui ont réalisé une tentative de suicide. Une étude de Simonds, McMahon et Armstrong (1991), menée auprès de 15 sujets âgés entre 16 et 30 ans qui ont attenté à leur vie, rapporte un niveau significativement élevé de dépression et d'hostilité chez ces sujets en comparaison avec 61 sujets normaux. De même, Brittlebank, Cole, Hassanyeh, Kenny, Simpson et Scott

(1990), ont constaté un niveau d'hostilité et de désespoir plus important chez des sujets de 16 à 67 ans ayant tenté à leur vie plus d'une fois, par rapport aux sujets n'ayant réalisé qu'une seule tentative de suicide. Farmer et Creed (1989) notent également un haut niveau d'hostilité chez des patients dépressifs (hommes ou femmes) admis à l'hôpital suite à une tentative de suicide. Romanov et al. (1994) ont mené une étude longitudinale auprès de 21 443 sujets finlandais, hommes et femmes. Ils concluent que l'hostilité est en relation avec les comportements suicidaires chez les hommes, mais non chez les femmes. Par contre, les résultats d'une étude de Weissman et al. (1973) menée auprès de femmes dépressives, indiquent que celles qui ont commis une tentative de suicide présentent un niveau d'hostilité plus élevé que celles qui n'ont pas réalisé de tentative. Une recherche de Vinoda (1966) rapporte des conclusions similaires.

Quelques études ont porté plus spécifiquement sur la relation entre l'hostilité, la dépression et le suicide chez l'adolescent. Workman et Beer (1992) ont trouvé une corrélation faiblement significative entre l'agressivité et la dépression chez l'adolescent, mais ils observent un lien davantage significatif entre l'agressivité et les idéations suicidaires. Eggert et al. (1994) ont élaboré un modèle théorique multifactoriel pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent. Selon eux, les comportements suicidaires découlent des conflits interpersonnels. Les pensées et les sentiments hostiles de l'adolescent envers son entourage sont alors dirigés vers lui-même. L'étude de Tishler et McKenry (1983) fait ressortir que les adolescents ayant fait une tentative de suicide se distinguent de ceux qui n'ont pas réalisé de tentative par un niveau d'hostilité plus important. D'après Juon et Ensminger (1994), la dépression et l'hostilité constituent

les meilleurs prédicteurs des comportements suicidaires chez l'adolescent qui a réalisé ou non une tentative de suicide. Cette recherche comporte toutefois une limite culturelle importante (population coréenne).

Les études recensées appuient la thèse de la présence de l'hostilité chez la personne suicidaire. Dans certains cas, les auteurs rapportent une distinction entre les sujets à risque suicidaire ayant tenté à leur vie et les sujets à risque suicidaire qui n'ont pas réalisé de tentative de suicide. Cette distinction est attribuable à l'hostilité, plus importante chez ceux qui ont commis une tentative de suicide. Bien que la relation entre l'hostilité, la dépression et le risque suicidaire soit supportée dans les études menées auprès d'adultes, elles comportent des limites importantes: sujets psychiatriques ou militaires, échantillons unisexes; également la définition de la dépression n'est pas toujours constante d'une étude à l'autre. Les recherches menées auprès de l'adolescent étant peu nombreuses, ce sujet mérite une investigation plus approfondie.

À la lumière des concepts théoriques et des données empiriques présentés, il est possible d'inférer que la dépression et l'hostilité s'associent au risque suicidaire chez l'adolescent. Dans cette perspective, la première hypothèse de cette étude est qu'il existe une corrélation positive significative entre la dépression et le risque suicidaire, de même qu'entre l'hostilité et le risque suicidaire. Les variables hostilité, dépression et risque suicidaire seront ici traitées comme des variables d'association. La seconde hypothèse soutient que l'hostilité, comme la dépression, est susceptible d'expliquer le risque suicidaire. Toutefois, sa contribution spécifique reste à préciser. Dans les analyses de

régression effectuées, la dépression et les cinq sous-échelles de l'hostilité sont traitées comme variables indépendantes, alors que le risque suicidaire est considéré comme variable dépendante. Une analyse de variance est présentée dans laquelle la dépression et le risque suicidaire agissent comme variables indépendantes, tandis que l'hostilité devient la variable dépendante. Finalement, la troisième hypothèse est que l'hostilité contribue à distinguer les adolescents à risque suicidaire ayant tenté à leur vie, des adolescents à risque suicidaire n'ayant pas réalisé de tentative de suicide. Dans ce dernier cas, les variables indépendantes assignées sont le risque suicidaire, l'hostilité ainsi que la dépression, alors que la variable tentative de suicide devient la variable dépendante.

## Méthode

### Sujets

La population d'étude se compose de 1092 adolescents. Elle comprend 568 filles et 516 garçons (8 données manquantes), qui constituent 40 groupes des niveaux secondaires trois, quatre et cinq d'une école publique de la région de Thetford Mines (Québec). L'âge des adolescents varie entre 15 et 19 ans, pour une moyenne de 15.6 ans. La participation des sujets s'est faite sur une base volontaire. Ils ont été rencontrés par groupes-classes et la cueillette des données s'est effectuée pendant une période d'enseignement de 50 minutes.

### Instruments de mesure

L'hostilité est mesurée à partir du *Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)* de Caine, Foulds et Hope (1967). Ce questionnaire vise à connaître le taux d'hostilité ainsi que l'orientation de cette hostilité (vers soi ou vers les autres) chez le répondant. Il est formé de cinq sous-échelles: passage à l'acte, critique des autres, projection de l'hostilité, critique de soi et culpabilité. La direction de l'hostilité est obtenue par un score dérivé des cinq sous-échelles. Le sujet indique sa réponse (vrai ou faux) aux 51 items. L'utilisation de cet instrument s'appuie sur différentes études qui lui confèrent une bonne valeur métrologique, dont celle de Moreno, Fuhriman et Selby (1993), qui rapporte une corrélation test-retest de .93. Des analyses effectuées auprès de notre échantillon mettent en évidence une bonne consistance interne. L'alpha de Cronbach global est de .89, tandis qu'il est de .66 pour la sous-échelle passage à l'acte, de .59 pour la sous-échelle critique des autres, de .67 pour la projection de l'hostilité, de .73 pour la critique de soi et de .73 pour la culpabilité.

*L'Inventaire de la dépression de Beck (IDB)* (Beck, 1978) est le deuxième instrument retenu. Cette échelle de type likert de 21 items mesure la dépression à partir des symptômes cognitifs, comportementaux, motivationnels et neurovégétatifs (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961). Beck, Steer et Garbin (1988) rapportent de nombreuses études qui supportent les qualités métrologiques de cet outil. Selon Moreno et al. (1993), la fidélité évaluée par la méthode test-retest varie entre .69 et .90 et la validité entre .62 et .77. Plusieurs études menées auprès d'adolescents ont utilisé le IDB

et démontrent qu'il parvient adéquatement à différencier les sujets dépressifs des sujets non dépressifs (Barrera, Garrison et Carolynne, 1988; Kashani, Sherman, Parker et Reid, 1990; Teri, 1982). Le point de coupure de 16 et plus retenu pour signifier un niveau de dépression modéré et sévère a permis de classer correctement 81% d'adolescents déprimés dans une étude menée par Strober, Green et Carlson (1981).

Le risque suicidaire est évalué à partir de l'échelle *Suicide Probability Scale* (SPS), élaborée par Cull et Gill (1982). Il s'agit d'une échelle de type Likert en quatre points, formée de 36 items regroupés en quatre sous-échelles: désespoir, idéations suicidaires, évaluation négative de soi et hostilité. Selon les standards établis par les auteurs, un score  $t$  de 60 et plus ( $M = 50$ ,  $É.T. = 10$ ) mérite une investigation clinique sérieuse. Même s'il n'existe pas de points de coupure absolus, un score  $t$  de 60 à 70 indique un risque faible, un score  $t$  de 70 à 80 un risque moyen et un score  $t$  de 80 et plus un risque suicidaire élevé. Une traduction française<sup>1</sup> de l'échelle a été utilisée pour la présente recherche et une analyse de validation est en cours. Les analyses préliminaires révèlent une bonne consistance interne de l'échelle globale (.93). Les coefficients d'alpha de Cronbach calculés pour les quatre sous-échelles sont de .85 pour la sous-échelle désespoir, de .89 pour la sous-échelle idéation, de .67 pour la sous-échelle évaluation négative de soi et de .71 pour la sous-échelle hostilité.

---

<sup>1</sup> Toute demande d'information concernant la version française du SPS peut-être adressée à Jocelyne Pronovost, Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières, Département de Psychoéducation, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), Canada, G9A 5H7.

Une question a été ajoutée au protocole afin d'identifier les sujets ayant attenté à leur vie: «As-tu déjà fait une (des) tentative (s) de suicide?». L'adolescent devait aussi préciser à quelle période il avait attenté à sa vie, ainsi que le moyen qu'il avait envisagé ou qu'il aurait utilisé.

## Résultats

### Résultats aux analyses descriptives

Pour l'ensemble de la population étudiée, le taux moyen d'hostilité est de 21.79 ( $\acute{E}.T. = 8.67$ ). Les filles ( $M = 22.06$ ,  $\acute{E}.T. = 8.72$ ) présentent un score assez semblable à celui des garçons ( $M = 21.50$ ,  $\acute{E}.T. = 8.64$ ). D'ailleurs, les résultats de comparaison de moyennes dénotent l'absence de différence significative entre les sexes ( $t(1081) = 1.05$ ,  $p > .05$ ). Les résultats obtenus à la mesure de la direction de l'hostilité suggèrent qu'en général, les sujets dirigent leur hostilité vers les autres plutôt que vers eux-même ( $M = -2.01$ ).

À la mesure de dépression, la moyenne des scores obtenus au IDB de tous les sujets est de 9.23 ( $\acute{E}.T. = 9.13$ ). Le score moyen pour les filles est de 11.25 ( $\acute{E}.T. = 9.45$ ) et de 7.03 ( $\acute{E}.T. = 8.25$ ) pour les garçons. Les filles présentent un niveau de dépression significativement plus élevé que les garçons ( $t(1080) = 7.85$ ,  $p < .00001$ ). De plus, 18.7% des sujets se caractérisent par un niveau de dépression sévère, dont 148 filles et 54 garçons (deux sujets n'ayant pas précisé leur sexe).

Le score brut moyen obtenu à l'échelle d'évaluation du risque suicidaire (SPS) est de 55.61 ( $\acute{E}.T. = 19.08$ ) pour l'ensemble de la population, le score- $t$  est 62. Les filles ( $M = 58.36$ ,  $\acute{E}.T. = 20.41$ ) présentent un risque suicidaire plus élevé que les garçons ( $M = 52.73$ ,  $\acute{E}.T. = 17.12$ ). Cet écart entre les sexes est significatif ( $t(1075) = 4.94$ ,  $p < .0001$ ). Les sujets ayant un score- $t$  de 60 et plus sont retenus, conformément aux seuils suggérés par l'auteur. Ainsi, notre échantillon comprend 28.2% ( $n=337$ ) d'adolescents à faible risque suicidaire, 12.8% ( $n=141$ ) à risque suicidaire moyen et 1.2% ( $n=10$ ) à risque suicidaire élevé. Sur les 1092 sujets, 120 adolescents ont réalisé une tentative de suicide, ce qui représente 11% de notre population. De ces 120 adolescents, 83 (69.2%) sont des filles et 36 (30%) sont des garçons; une donnée est manquante pour le sexe. Leur score moyen au SPS est de 74.36 ( $\acute{E}.T. = 23.91$ ) en comparaison à 61.29 ( $\acute{E}.T. = 18.58$ ) pour l'ensemble des adolescents suicidaires.

Le taux de sujets suicidaires trouvé dans cette étude correspond aux données d'études québécoises rapportées (Pronovost et al., 1990; Simon, 1991; Tousignant et al., 1988). En effet, on dénombre 1 sujet sur 7 qui présente un risque suicidaire; 7% des filles âgées entre 15 et 19 ans déclarent avoir déjà attenté à leur vie en comparaison à 3.5% chez les garçons du même groupe d'âge. L'enquête Santé Québec (Camirand, 1996) révèle des données similaires pour les années 1992-1993, alors qu'il est estimé approximativement que 3.5% des garçons et 7% des filles ont attenté à leur vie.

### Analyses corrélationnelles

Des analyses corrélationnelles ont été utilisées pour vérifier la première hypothèse, qui vise à mettre en lumière le sens des relations entre la dépression, l'hostilité et le risque suicidaire. D'une part, plus la dépression augmente, plus le risque suicidaire augmente ( $r(1090) = .83, p < .0001$ ). D'autre part, plus les sujets présentent un haut niveau d'hostilité, plus leur risque suicidaire est élevé ( $r(1089) = .76, p < .0001$ ). Toutefois, ce lien est légèrement moins fort que celui calculé entre la dépression et le risque suicidaire. Un lien positif et significatif est aussi observé entre la dépression et l'hostilité ( $r(1089) = .67, p < .0001$ ).

Des analyses de corrélations ont été effectuées entre les cinq sous-échelles du HDHQ et le SPS pour vérifier le lien entre l'hostilité et le risque suicidaire. Il en ressort que la sous-échelle culpabilité présente la relation la plus forte avec le risque suicidaire ( $r(1089) = .71, p < .0001$ ). Elle est suivie dans l'ordre par les sous-échelles critique de soi ( $r(1089) = .68, p < .0001$ ), projection de l'hostilité ( $r(1089) = .64, p < .0001$ ), passage à l'acte ( $r(1089) = .49, p < .0001$ ) et critique des autres ( $r(1089) = .44, p < .0001$ ). Une autre analyse de corrélation a été effectuée entre la direction de l'hostilité et le risque suicidaire. Elle indique que la direction de l'hostilité augmente alors que le risque suicidaire augmente aussi. En d'autres mots, plus le risque suicidaire augmente, plus la personne tend à être hostile envers elle ( $r(1089) = .20, p < .0001$ ).

### Analyses de régression

Afin de vérifier la contribution de la dépression et de l'hostilité à l'explication de la variance associée au risque suicidaire (deuxième hypothèse), une analyse de régression multiple a été réalisée. Les résultats indiquent que la composante dépression (Bêta = .83,  $t = 48.93$ ,  $p < .0001$ ) et celle de l'hostilité (Bêta = .37,  $t = .37$ ,  $p < .0001$ ) permettent d'expliquer d'une façon significative les fluctuations du risque suicidaire. Le cumul de ces deux variables vient expliquer un pourcentage significatif de 76% ( $F(2, 1088) = 1745.09$ ,  $p < .0001$ ) de la variance associée au risque suicidaire, tandis que la contribution particulière de l'hostilité est de 7% ( $F(2, 1088) = 342.48$ ,  $p < .0001$ ).

Les cinq sous-échelles de l'hostilité sont tous interreliées à un seuil de signification supérieur à 99%. Les coefficients de corrélation des paires de sous-échelles sont toutefois suffisamment faibles pour penser que chacune fournisse des mesures distinctes. À cet effet, la matrice de corrélation 5X5 donne lieu à un coefficient moyen de .4927, alors que les coefficients varient de .36 à .71. Aussi, il est apparu opportun de reprendre une analyse de régression multiple en examinant la contribution des cinq sous-échelles de l'hostilité en fonction du risque suicidaire, tout en gardant la variable dépression. Le tableau 1 présente les résultats de cette analyse. La pente de régression correspondant à chacune des variables indépendantes est positive et significative. La culpabilité et la projection de l'hostilité expliquent respectivement 4 et 2% de la variance associée avec le risque suicidaire. Le passage à l'acte, la critique des autres et la critique de soi

contribuent significativement à l'explication de la variance de notre variable dépendante, mais chacune de ces trois sous-échelles expliquent moins de 1% de la variance.

---

Placer le Tableau 1 ici

---

### Analyse de variance

En regard de la seconde hypothèse, trois groupes de sujets ont été formés pour évaluer l'hostilité. Le premier groupe (NSD) comprend des sujets non suicidaires mais qui présentent des indices modérés et sévères de dépression. Le second groupe (SND) se compose de sujets à risque suicidaire élevé, mais qui ne sont pas dépressifs. Le troisième groupe, (SD) inclut des sujets qui présentent à la fois un risque suicidaire et des indices de dépression sévères. Les sujets dépressifs retenus sont ceux qui ont obtenu un score de 16 et plus au IDB.

La figure 1 rapporte les résultats des différences de moyennes entre les trois groupes. L'analyse de variance réalisée sur ces trois groupes rapporte des différences significatives sur la variable hostilité ( $F(2, 208) = 29.43, p < .0001$ ). Les différences significatives observées s'expliquent par le niveau d'hostilité plus élevé dans le groupe des SD ( $M = 32.70, \acute{E}.T. = 6.35$ ) comparativement au groupe SND ( $M = 28.63, \acute{E}.T. = 7.80$ ) et au groupe NSD ( $M = 17.30, \acute{E}.T. = 5.29$ ). Elle s'explique aussi par le niveau plus

élevé d'hostilité chez les sujets du groupe SND ( $M = 28.63$ ,  $É.T. = 7.80$ ) par rapport aux sujets du groupe NSD ( $M = 17.30$ ,  $É.T. = 5.29$ ).

---

Placer la figure 1 ici

---

### Analyse discriminante

En lien avec la troisième hypothèse, une analyse discriminante a été réalisée afin d'apprécier la force de l'hostilité à discriminer les adolescents à risque suicidaire ayant attenté à leur vie des adolescents à risque suicidaire n'ayant pas réalisé de tentative de suicide. Le Tableau 2 présente ces résultats. On constate que l'hostilité constitue une variable qui est impliquée dans les deux groupes de sujets à risque suicidaire. Toutefois, elle ne contribue pas à leur discrimination. La suite de l'analyse discriminante a démontré que 39.56% des sujets peuvent être assujettis à l'un des deux groupes de sujets à risque suicidaires de façon erronée.

---

Placer le Tableau 2 ici

---

### Discussion

L'hypothèse selon laquelle l'hostilité et la dépression sont en relation positive avec le risque suicidaire est supportée par les résultats et va dans le sens des conclusions des

études antérieures recensées. Il ressort notamment que la dépression influence plus fortement le risque suicidaire que l'hostilité. En ce qui concerne les sous-composantes de l'hostilité, les analyses corrélationnelles indiquent que les sous-échelles culpabilité et critique de soi sont plus fortement corrélées avec le risque suicidaire que les autres sous-échelles. Les résultats obtenus pour ces deux sous-échelles reliées à la dimension "hostilité tournée vers soi" démontrent que les sujets à risque suicidaire sont hostiles envers eux-mêmes. Ceci rejoint la conception psychanalytique qui voit le suicide comme le déplacement vers soi de pulsions agressives, ce qui engendre des sentiments de culpabilité et de dévalorisation (Abraham, 1977). Dans leurs études, Farmer et Creed (1986; 1989) avaient également trouvé des résultats similaires chez des sujets suicidaires ayant attenté à leur vie. Quoique ces deux sous-échelles sont fortement corrélées avec le risque suicidaire, on constate qu'elles sont faiblement en cause dans la variance du risque suicidaire, contrairement à la dépression, qui occupe la plus grande partie de cette variance.

L'hostilité, comme la dépression, influence le risque suicidaire, ce qui confirme la seconde hypothèse. Même si la dépression occupe une place plus importante que l'hostilité dans l'explication du risque suicidaire, les analyses effectuées pour comparer les sujets non suicidaires dépressifs (NSD), les sujets suicidaires non dépressifs (SND) et les sujets suicidaires dépressifs (SD) ouvrent la porte à une réflexion sur la place de l'hostilité dans la problématique suicidaire à l'adolescence. Les résultats démontrent dans un premier temps que l'hostilité est plus importante chez les sujets suicidaires dépressifs (SD). On remarque dans un deuxième temps que le niveau d'hostilité est plus

important chez les sujets à risque suicidaire, qu'ils soient dépressifs ou non. Ainsi, l'hostilité s'avère une composante à évaluer chez les adolescents suicidaires afin de mieux comprendre les émotions associées cette problématique.

La troisième hypothèse, qui stipule que l'hostilité distingue l'adolescent à risque suicidaire ayant tenté à sa vie de l'adolescent à risque suicidaire n'ayant pas tenté de se suicider est infirmée. Certains auteurs, dont Tishler et McKenry (1983), rapportent en effet que l'hostilité est impliquée dans le risque suicidaire et la tentative de suicide. Les résultats de notre étude vont dans le même sens, mais la contribution de l'hostilité dans la distinction des deux groupes de sujets à risque suicidaire n'est pas probante. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec des réserves. Dans cette étude, les sujets ayant réalisé une ou plusieurs tentative(s) de suicide ont été retenus sur la base de leur réponse à la question: «As-tu déjà fait une (des) tentative (s) de suicide?». Bien qu'ils présentent un risque suicidaire plus élevé que celui de l'ensemble des adolescents suicidaires, nous sommes enclins à penser que les deux sous-groupes d'adolescents à risque suicidaire que nous avons constitués peuvent s'avérer comparables, par opposition aux populations étudiées dans les études rapportées. De plus, la dernière tentative de suicide rapportée par ces adolescents n'était pas nécessairement récente (entre six semaines à plus d'une année), ce qui pourrait les amener à s'apparenter aux autres sujets suicidaires dépistés par le SPS. L'évaluation de la tentative dans les recherches ultérieures devraient être faites en tenant compte davantage de la létalité et du temps écoulé depuis la tentative. Malgré cette limite, la présente recherche a l'intérêt de porter sur une population générale d'adolescents, population pour laquelle peu d'études ont été réalisées.

Une autre limite de cette étude concerne l'analyse des différences entre les sexes et nous avons constaté que cet aspect est peu documenté dans les écrits recensés. Dans cette recherche, les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les sexes au HDHQ, contrairement à ce qu'on obtient pour le IDB et le SPS. Cette conclusion peut nous amener à nous interroger sur l'instrument de mesure de l'hostilité retenu. En effet, les auteurs ne sont pas unanimes quant à sa qualité. O'Mahony, Murphy et O'Mahony (1982) ont mené une étude visant à valider le HDHQ auprès d'une population adolescente ayant commis une offense judiciaire, comparée avec des sujets normaux. L'analyse d'items, de même que la corrélation avec les résultats obtenus au *High School Personality Questionnaire*, suggèrent que la validité du HDHQ est douteuse. Dans une recherche portant sur des patients psychiatriques non hospitalisés, Arrindell, Hafkenscheid et Emmelkamp (1984) contredisent cette dernière étude en révélant une bonne validité de contenu du HDHQ. Selon l'étude de Moreno et al. (1993) réalisée auprès d'adultes, le HDHQ présente de bonnes qualités métrologiques, tant pour sa validité que sa fidélité. Néanmoins, aucune étude recensée ne suggère de seuils spécifiques pour l'adolescent. Il serait pertinent de poursuivre la recherche en regard du développement ou de l'adaptation d'un instrument de mesure de l'hostilité pour la population adolescente.

Les résultats de cette étude soutiennent que l'hostilité est présente dans la problématique suicidaire à l'adolescence. Nous croyons qu'elle constitue une composante psychologique qu'il faut investiguer et considérer dans l'intervention clinique. Ainsi, les recherches sur ce concept méritent d'être poursuivies. Elles pourraient porter notamment

sur l'exploration des sous-composantes de l'hostilité chez l'adolescent, sur le raffinement d'instruments de mesure de l'hostilité plus appropriés aux adolescents, ainsi que sur l'étude des différences possibles entre les sexes.

## Références

- Abraham, K. (1977). *Oeuvres complètes*. Paris: Payot.
- Anderson, D. R. (1981). Diagnosis and predictive of suicidal risk among adolescents. In C. T. Wells & R. Stuart (Éds), *Self-destructive behavior in children and adolescents* (pp. 45-59). New York: Van Nostland Reinhold.
- Angst, J., & Clayton, P. (1986). Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Comprehensive Psychiatry*, 27(6), 511-532.
- Appleby, L. (1992). Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention. *British Journal of Psychiatry*, 161, 749-758.
- Arrindell, W. A., Hafkenschied, A. J., & Emmelkamp, P. M. (1984). The hostility and direction of hostility questionnaire (HDHQ): A psychometric evaluation in psychiatric outpatients. *Personality and Individual Differences*, 5(2), 221-231.
- Barrera, M., Garrison, J., & Carolynne, V. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(3), 263-273.
- Beck, A. T. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1980). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometrics properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 125, 561-571.
- Blackburn, I. M. , Lyketsos, G., & Tsiantis, J. (1979). The temporal relationship between hostility and depression mood. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 227-235.
- Brittlebank, A. D., Cole, A., Hassanyeh, F., Kenny, M., Simpson, D., & Scott, J. (1990). Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81 (3), 280-283.
- Bureau du coroner. (1995). *Rapport annuel 1994*. Les Publications du Québec.
- Caine, T. M., Foulds, G. A., & Hope, K. (1967). *Manual of the hostility and direction of hostility questionnaire*. London: London University Press.
- Camirand, J. (1996). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Monographie no.3, Enquête sociale et de santé 1992-1993 (Santé Québec). Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Cassoria, R. M. S. (1979). Suicidal behavior in adolescents. *Acta Psychiatrica Psychologica*, 25(4), 288-295.
- Chabrol, H. (1984). *Les comportements suicidaires de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Corraze, J. (1976). *De l'hystérie aux pathomimies*. Paris: Bordas.
- Côté, L., Pronovost, J. & Larochelle, L. (1993). Étude des composantes dépressives chez des adolescents à tendances suicidaires. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 34(3), 249-264.
- Cull, J. G., & Gill, W.S. (1982). *Suicide probability scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- D'Amours, Y. (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes*. Conseil Permanent de la Jeunesse. Québec: Gouvernement du Québec.
- Despert, F. L. (1952). Suicide and depression in children. *Nervous Child*, 9, 378-379.
- Eggert, L. L., Thomson, E. A., & Herting, J. R. (1994). A measure of adolescent potential for suicide (MAPS): Development and primary findings. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 24(4), 359-381.
- Farmer, R., & Creed, F. (1986). Hostility and deliberate self-poisoning. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 311-316.

- Farmer, R., & Creed, F. (1989). Life events and hostility in self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 390-395.
- Freud, S. (1924). *Collected papers*. London: Hogarth Press.
- Garel, P. (1994). Le suicide à l'adolescence. In La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (Éds), *Formation continue: La santé mentale* (pp. 363-398). Québec: Auteur.
- Grossman, F. K., Beinashowitz, J., Anderson, L., Sakurai, M., Finnin, L., & Flaherty, M. (1992). Risk and resilience in young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *21*(5), 529-550.
- Juon, H. -S., Nam, J. J., & Ensminger, M. E. (1994). Epidemiology of suicidal behavior among korean adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*(4), 663-676.
- Kashani, J.H., Sherman, D.D., Parker, D.R., & Reid., J.C. (1990). Utility of the Beck Depression Inventory with clinic-reffered adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *2*, 278-282.
- Ladame, F. (1981). *Les tentatives de suicide des adolescents*. Paris: Masson.
- Maiuro, R. D., O'Sullivan, M. J., Michael, M. C., & Vitaliano, P. P. (1989). Anger, hostility, and depression in assaultive vs. suicide-attempting males. *Journal of Clinical Psychology*, *45*(5), 531-541.

- Marks, P. & Haller, D. (1977). Now, I lay me down for keeps: A study of adolescent suicide attempts. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 390-400.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace, World.
- Moreno, J. K., Fuhriman, A., & Selby, M. J. (1993). Measurement of hostility, anger, and depression in depressed and nondepressed subjects. *Journal of Personality Assessment, 61*(3), 511-523.
- O'Mahony, P., Murphy, P., & O'Mahony, D. (1982). The validity of the hostility and direction of hostility questionnaire with juvenile offenders. *Irish Journal of Psychology, 5*(3), 185-195.
- Pfeffer, C. R., Plutchik, R., & Mizruchi, M. S. (1983). Suicidal and assaultive behavior in children: Classification, measurement, and intercorrelations. *American Journal of Psychiatry, 140*, 154-157.
- Philip, A. E. (1970). Traits, attitudes and symptoms in a group of attempted suicides. *British Journal of Psychiatry, 116*, 475-482.
- Plutchik, R., Botsis, A. J. & Van Praag, H. M. (1995). Psychopathology, self-esteem, sexual and ego functions as correlates of suicide and violence risk. *Archives of Suicide Research, 1*, 27-38.

- Pronovost, J., Côté, L., & Ross, C. (1990). Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. *Santé mentale au Canada, 38*, 10-16.
- Reynolds, W. N. (1987). *About my life: SIQ form HS*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Robins, D. R., & Alessi, N. E. (1985). Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *American Journal of Psychiatry, 142*(5), 588-592.
- Romanov, K., Hatakka, M., Keskinen, E., Laaksonen, H., Kaprio, J., Rose, R. J., & Koskenvuo, M. (1994). Self-reported hostility and suicidal acts, accidents, and accidental deaths: A prospective study of 21,443 adults aged 25 to 59, *Psychosomatics Medicine, 56*, 328-336.
- Rosenzweig, S. (1934). Types of reaction to frustration. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 29*, 298-300.
- Rubenstein, J., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G. (1989). Suicide behavior in normal adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 59-71.
- Samy, M. (1995). Origines de l'ambivalence parentale et incidences sur le comportement suicidaire chez les adolescents, *P. R. I. S. M.E., 5*(4), 434-445.

- Samy, M. H. (1989). Suicide et adolescence: Une perspective sociale et analytique. In H. Caglar (Éd.), *Adolescence et suicide* (pp.59-76) Paris: Les Éditions ESF.
- Shneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 11(4), 325-340.
- Simon, R. (1991). *Enquête sur les comportements et les idéations suicidaires des élèves de troisième, quatrième et cinquième secondaire de la région 02*. Abrégé de recherche. Centre de prévention du suicide 02, Chicoutimi, Québec.
- Simonds, J. F., McMahon, T., & Armstrong, D. (1991). Young suicide attempters compared with a control group: Psychological, affective, and attitudinal variables. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 21(2), 134-151.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 49(3), 482-483.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10(2), 277-284.
- Tishler, C., & McKenry, P. (1983). Intrapsychic symptom dimensions of adolescent suicide attempters. *The Journal of Family Practice*, 16(4), 731-734.
- Toolan, J. M. (1975). Suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 29, 339-344.

- Tousignant, M., Hamel, S., & Bastien, M. F. (1988). Structures familiales, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. *Santé mentale au Québec, 13*(2), 79-93.
- Vinoda, K. S. (1966). Personality characteristics of attempted suicides. *British Journal of Psychiatry, 112*, 1143-1150.
- Weissman, M., Fox, K., & Klerman, G. L. (1973). Hostility and depression associated with suicidal attempts. *American Journal of Psychiatry, 130*(4), 450-455.
- Withers, L. E. & Kaplan, D. W. (1987). Adolescents who attempt suicide: A retrospective clinical chart review of hospitalized patients. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*(4), 391-393.
- Workman, M., & Beer, J. (1992). Depression, suicide ideation, and aggression among high school students whose parents are divorced and use alcohol at home. *Psychological Reports, 70*, 503-511.

Tableau 1

Analyse de régression multiple de la variable dépression et des sous-échelles de l'hostilité en fonction du risque suicidaire

Variables	Bêta	Variance unique	R2	F
Dépression	.54*	.6873	.6873	2393.86*
Culpabilité	.16*	.0495	.7368	1523.07*
Projection de l'hostilité	.12*	.0189	.7558	1121.49*
Passage à l'acte	.09*	.0066	.7665	871.28*
Critique de soi	.07*	.0040	.7624	712.22*
Critique des autres	.05*	.0018	.7683	599.21*

\* $p < .001$

Tableau 2

Analyse Discriminante de l'Hostilité sur des Sujets ayant Attenté à leur Vie

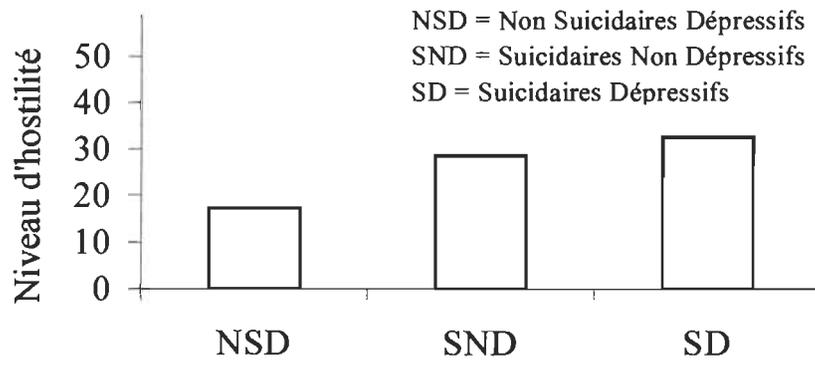
---

% de contribution	Eigen-value	Wilk's Lambda	<i>p</i>	Coefficient de discrimination standardisé (Hostilité)
100.00	.0334	.9677	.00001	.18

---

Figure 1

Niveau d'Hostilité selon les Trois Groupes de Sujets



## Remerciements

La préparation et la rédaction de ce mémoire sous le format d'un article scientifique ont été réalisées sous la direction de Mme Jocelyne Pronovost, Ph.D., à qui je tiens à exprimer toute ma gratitude. Je la remercie pour ses conseils, sa patience ainsi que sa disponibilité. Je remercie aussi Mme Danielle Leclerc pour sa précieuse collaboration au niveau de l'analyse des résultats.